



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

Petra Pokorná

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s kolorektálním karcinomem**

***Nursing Care of the Patient with Colorectal
Cancer***

bakalářská práce

Praha, červen 2010

Autor práce:	Petra Pokorná
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Vytejšková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství, 3. lékařská fakulta UK v Praze
Odborný konzultant:	As. MUDr. René Vobořil, Ph. D.
Pracoviště odborného konzultanta:	FNKV, Chirurgická klinika
Datum a rok obhajoby:	červen, 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 19. května 2010

.....

Petra Pokorná

Poděkování

Ráda bych chtěla touto cestou vyjádřit poděkování paní Mgr. Renatě Vytejškové a panu As. MUDr. Renému Vobořilovi, Ph. D. Děkuji za ochotu, odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

Obsah

1. Úvod.....	6
2. Klinická část.....	7
2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a rekta.....	7
2.2 Epidemiologie kolorektálního karcinomu.....	9
2.3 Patofyziologie kolorektálního karcinomu.....	10
2.4 Klasifikace nádorů.....	12
2.5 Klinický obraz.....	14
2.6 Diagnostika nádorů tlustého střeva a rekta.....	14
2.7 Terapie kolorektálního karcinomu.....	16
2.8 Prognóza pacientů s kolorektálním karcinomem.....	19
2.9 Prevence nádorů tlustého střeva a rekta.....	20
2.10 Základní údaje o nemocném.....	22
2.11 Osobní údaje, lékařská anamnéza diagnóza.....	22
2.12 Provedená vyšetření.....	22
2.13 Průběh hospitalizace.....	24
2.14 Farmakologie.....	29
3. Ošetrovatelská část.....	32
3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	32
3.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	33
3.3 Charakteristika modelu M. Gordonové.....	34
3.4 Ošetrovatelská anamnéza.....	35
3.5 Ošetrovatelské diagnózy k 7 dni hospitalizace.....	44
(plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče)	
3.6 Psychosociální problematika	55
3.7 Edukace nemocného před propuštěním do domácího léčení....	57
4. Závěr.....	59
Abecední seznam použitých zkratk.....	60
Seznam použité literatury.....	62
Přehled tabulek.....	64
Přílohy.....	65

1. Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného, který byl hospitalizován na chirurgickém oddělení v jedné z pražských nemocnic s diagnózou karcinom recti. V této studii jsem se věnovala 40-ti letému pacientovi, který byl přijat k resekci rektosigmoidea. Pacient souhlasí s tím, že informace o jeho nemoci budou použity při zpracování této práce.

V klinické části se věnuji charakteristice onemocnění, anatomii a fyziologii tlustého střeva a rekta. Dále se zabývám patofyziologií nádorů, klinickým obrazem nemoci a základními vyšetřovacími metodami vedoucí k diagnóze kolorektálního karcinomu, prognózou a možnostmi prevence. Dále jsou zde uvedeny základní údaje o pacientovi, údaje z lékařské anamnézy a vyšetření, která byla rozhodující indikací k operačnímu výkonu. Následuje stručný průběh hospitalizace.

Ošetrovatelská část zahrnuje stručnou charakteristiku ošetrovatelského procesu, zhodnocení nemocného podle modelu Majory Gordonové, stanovení aktuálních a potencionálních diagnóz, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. Informace o nemocném jsem zaznamenala do formuláře zpracované pro potřeby výuky v oboru ošetrovatelství na 3. LF UK v Praze a ošetrovatelskou anamnézu jsem zaznamenala do formuláře z nemocnice ÚVN. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila z analýzy informací získaných ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s pacientem a jeho rodinou, od členů zdravotnického týmu a vlastním pozorováním. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na 7. den hospitalizace, to je 4. pooperační den, kdy byl pacient přeložen na standardní oddělení. Další kapitoly jsou věnovány psychosociálnímu stavu pacienta a edukaci.

Práci uzavírám seznamem zkratk, přehledem literatury a příloh.

2. Klinická část

2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a rekta

Tlusté střevo (intestinum crassum) je dlouhé 1,2 – 1,5 metrů. Přijímá z tenkého střeva kašovité až tekutý obsah, z něhož byly v tenkém střevě vstřebány živiny. V tlustém střevu je z tohoto obsahu postupně vstřebávána voda a elektrolyty a obsah je formován ve stolici, jež je pak z konečného úseku tlustého střeva odstraněna análním otvorem. (2)

Tlusté střevo začíná v pravé kyčelní jámě jako vakovité rozšíření: caecum - slepé střevo, na které navazuje hlavní úsek tlustého střeva – colon, tračník. Ten se podle průběhu dále člení na: colon ascendent - tračník vzestupný; colon transversum - tračník příčný; colon descendens - tračník sestupný; colon sigmoideum - tračník esovitý a rektum - konečník, který je uložen v malé pánvi. Navenek ústí anus - řitní otvor. (3)

Mezi úseky tračníku jsou typická ohbí:

- a) Flexura coli dextra - pravé ohbí – pod játry (jaterní ohbí, flexura hepatica), mezi vzestupným a příčným tračníkem;
- b) Flexura coli sinistra - levé ohbí – pod slezinou (slezinové ohbí, flexura splenica), mezi colon transversum a colon descendens, uložené výše než ohbí pravé.

Střevní stěna je tvořena vrstvami:

- sliznice (tunica mucosa) – je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem, není opatřena klky.
Vyskytují se zde pohárkové buňky produkující hlen.
- slizniční vazivo – obsahuje lymfatické uzlíky
- slizniční svalovina (lamina muscularis mucosae)
- podslizniční vazivo (tunica submucosa) – je zde nervová pletěň plexus Meissnerův, krevní a lymfatické cévy
- zevní svalová vrstva (tunica muscularis externa) – nachází se zde nervová pletěň plexus Auerbachův, výpuky (haustra coli) jsou místa zevně vyklenutá mezi téniemi (světlejší pruhy zesílené střevní svaloviny)
- seróza – tunica serosa

Krevní zásobení pravého tračníku je z horní mezenterické arterie a jejích větví, levý tračník pak z dolní mezenterické arterie a jejích větví. Žilní krev z celého tračníku je odváděna do jater

portálním oběhem, a proto hlavní lokalitou pro metastazování karcinomu tračnicku jsou právě játra. (viz. příloha č. 4), (6)

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a iontů, mastných kyselin, žlučových kyselin (80% se vrací zpět do jater), skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice – defekace.

Rectum – konečník - Je poslední úsek střeva, které se nachází v malé pánvi, dlouhý asi 12 – 16 cm, široký asi 4 cm. Rektum začíná při S₂ – S₃, jako plynulé pokračování esovitého tračnicku a končí vyústěním střeva na povrchu v řitní rýze - crena ani. Konečník je v pánevní dutině v čelní i sagitální rovině několikrát ohnut. Rektum je poměrně pevně fixováno ke stěně pánve peritoneem. Distální část pokrývá pánevní vazivo (paraproctium), které umožňuje značnou pohyblivost a roztažnost.

Konečník má 2 hlavní úseky:

5. ampulla recti - je kraniální, 10 – 12 cm dlouhý a velmi prostorný oddíl, ve kterém se hromadí stolice
6. canalis analis – je dolní, 2,5 – 4 cm dlouhý a užší oddíl, začínající pod hrotem kostrče a procházející svalovým pánevním dnem. Kanál navenek ústí řitním otvorem, anus

Stěna konečníku nemá ténie, je tvořena souvislou vrstvou podélné (zevní) a cirkulární (vnitřní) svaloviny. Rektální kanál (canalis analis, anus) má zevní a vnitřní svěrač. Vnitřní svěrač (m. sphincter ani internus) je tvořen hladkou svalovinou a není ovlivnitelný vůlí. Zevní svěrač je tvořen příčně pruhovanou svalovinou (m. sphincter ani externus) a je ovlivnitelný vůlí. (viz. příloha č. 3), (3)

Arteriální zásobení recta zajišťuje a. rectalis superior. Anální okraj je zásoben z a. rectalis media a a. rectalis inferior. Krev z dolní části odtéká do v. mesenteria inferior a do v. portae. (viz. příloha č. 1, 2)

Konečník nám umožňuje defekaci. Denně se vyloučí 100 – 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy a příjmu potravy. (6)

6.1 Epidemiologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je na počátku 21. století v České republice nejčastějším nádorovým onemocněním obou pohlaví. V Evropě jsme ve výskytu kolorektálního karcinomu na prvním místě u mužů a na šestém místě u žen. (6)

Epidemiologické studie ukázaly zvýšené riziko kolorektálního karcinomu (KRK) vlivem větší konzumace tuků a masa, a ochranné vlivy výživy bohaté na vlákniny. Vyšší riziko bývá ve spojení s větší konzumací alkoholu, nižším vlivem vitamínů a některých mikrokomponent živin. Zvýšené riziko je ve spojitosti s vyšším kalorickým příjmem, s vysokou tělesnou hmotností, nedostatkem fyzické aktivity. Incidence většiny zhoubných nádorů přibývá s věkem. Všechny tyto faktory působí komplexně.

Celosvětová incidence je přibližně jeden milion nově diagnostikovaných případů ročně a úmrtnost je větší než 500 000 případů ročně. (8)

Tabulka č. 1 - Incidence KRK v jednotlivých věkových kategoriích ve srovnání s ostatními nádorovými lokalizacemi

Věk	Incidence (počet na 100 000 obyvatel)	Pořadí Ca kolorekta v závislosti na incidenci
Ženy		
31 – 40	9,9	5. – za nádory cervixu, prsu, ovaria, melanomem
41 – 50	31,6	4. – za nádory prsu, cervixu, ovaria
51 – 60	78,6	3. – za nádory prsu, dělohy
61 – 70	176	2. – za nádory prsu
nad 70	339,4	1. - v pořadí
Muži		
31 – 40	9,4	2. – za nádory testes
41 – 50	40,9	2. – za nádory plic
51 – 60	138,4	2. – za nádory plic
61 – 70	337,1	2. – za nádory plic
nad 70	597,5	2. – za nádory plic

(6)

V ČR je u mužů 33% nádorů tlustého střeva a rektu zachycováno ve stadiu I., 22% ve stadiu II., 16% ve stadiu III. a 29% ve stadiu IV. U žen je záchyt 34% ve stadiu I., 19% ve stadiu II., 20% ve stadiu III., a 27% ve stadiu IV. To znamená, že v pozdních stádiích III. a IV. je zachyceno celkem 45% nádorů u mužů a 47% nádorů u žen, což je situace velmi nepříznivá.

Nádory konečníku jsou častější u mužů než u žen (1,5 : 1)

2.3 Patofyziologie kolorektálního karcinomu

Formy nádorů dělíme podle:

1. Makroskopického vzhledu:

- exofytický (polypózní)
- ulcerózní
- stenózující
- infiltrující

2. Mikroskopického vzhledu:

- adenokarcinom (90%)
- hlenotvorný karcinom (5%)
- karcinom z prstenčitých buněk (5%)

Nádory tlustého střeva a rekta dělíme na:

1. Sporadické – nádory se vyskytují především v sestupném tračníku, sigmoideu a konečníku.

Představují asi 80% všech nádorů kolorekta. Sporadická forma KRK se vyznačuje kompletním vyřazením obou alel důležitého genu z funkce. Významný podíl na vzniku mají exogenní faktory:

- Tlusté střevo: věk nad 40 let, zvýšená hmotnost, převažující konzumace masa a uzenin, malý podíl zeleniny a ovoce, nedostatek fermentabilní vlákniny, nevhodná tepelná úprava stravy (smažení, grilování, pečení, uzení, ...), nedostatek vitamínů A, C, E.
- Konečník: jako tlusté střevo, navíc kuřáci a pijáci alkoholu, především piva (za karcinogenní se považují především plísň v pivním sladu).

2. Familiární (hereditární) – odpovídají za familiární výskyt karcinomu v oblasti rekta a vzestupného tračníku. Tvoří asi 20% všech nádorů kolorekta. Hereditární forma KRK je zárodečná mutace přítomná ve všech buňkách jedince. Druhá alela genu má normální funkci a rozvoj nádorového bujení se projeví až tehdy, když je vyřazena somatickou mutací i druhá kopie identického genu a dojde k poruše regulace buněčného cyklu, či opravě chyb deoxyribonukleové kyseliny (DNA). (6)

Naprostá většina kolorektálních karcinomů vzniká maligním zvratem adenomů. Pouze malá část karcinomů vychází z dysplastických změn ve sliznici tlustého střeva, které se pravidelně

vyskytují u ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci. Adenom tlustého střeva je pokládán za nejzávažnější prekancerózní lézi. (8)

Metastazování je složitý mnohostupňový proces probíhající ve čtyřech etapách:

1. invaze nádoru do okolí
2. transport nádorových buněk
3. nidace nádorových buněk a jejich zpětný průnik do tkáně
4. růst metastáz v novém mikroprostředí

Šíření kolorektálního karcinomu

- Přímé šíření – je postupná invaze do vnějších vrstev střevní stěny
- Lymfogenní šíření – vzniká teprve po invazi nádoru do submukózy. Je

to nejčastější progrese nádoru

- Hematogenní šíření – uskutečňuje se prostřednictvím portální žíly u karcinomu tračníku (tvorba jaterních metastáz) a prostřednictvím hypogastrických žil a dolní duté žíly u karcinomu rekta (tvorba plicních metastáz). Další časté vzdálené metastázy KRK se vyskytují zejména v kostech a mozku.
- Intraperitoneální šíření – primární tumor proniká serózou střeva a nádorové buňky se implantují na peritoneu, tzv. karcinóza peritonea.
- Intraluminální šíření – je transport maligních buněk z povrchu nádoru spolu se střevním obsahem do distálních částí střeva. (6)

2.4 Staging a klasifikace nádoru

Základ stážování nádoru tvoří stupeň penetrace nádoru střešní stěnou, postižení regionálních uzlin a přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Stagingové systémy

Nejstarší a zároveň nejrozšířenější je *Dukesova klasifikace*, rozděluje pacienty dle stupně postižení. V roce 1967 byla tato klasifikace doplněna *Turnbullem* o stadium D.

- A: tumor neprorůstá muscularis propria
- B: tumor prorůstá muscularis propria
- C: postižení regionálních lymfatických uzlin
- D: vzdálené metastázy (doplněno Turnbullem)

Z Dukesovy klasifikace vychází i *Astlerova-Kollerova klasifikace*, která se hojně užívá především v německy mluvících zemích.

Astlerova-Kollerova klasifikace

- A: tumor neproniká mukózou carcinoma in situ
- B1: tumor proniká muscularis mucosa, ale ne muscularis propria
- B2: tumor proniká muscularis propria
- C1: stadium B1 s postižením lymfatických uzlin
- C2: stadium B2 s postižením lymfatických uzlin
- D: vzdálené metastázy

V České republice je používána TNM klasifikace

TNM klasifikace

(TNM = klinická, pTNM = patologická)

Primární tumor (T)

- TX: primární tumor nemůže být detekován
- T0: primární tumor nenalezen
- Tis: carcinoma in situ neprorůstá mukózou
- T1: tumor proniká submukózou
- T2: tumor proniká muscularis propria

T3: tumor proniká skrze muscularis propria do subserózy nebo do neperito-nealizované perikolické či perirektální tkáně

T4: tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolních orgánů a struktur

Postižení regionálních lymfatických uzlin (N):

NX: regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny

N0: bez metastáz v regionálních uzlinách

N1: 1-3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

N2: metastázy ve 4 nebo více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

N3: metastázy v uzlinách podél cévních struktur

Vzdálené metastázy (M):

MX: přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena

M0: vzdálené metastázy nejsou přítomny

M1: vzdálené metastázy jsou přítomny

Skupiny stadií:

Stadium 0: Tis, N0, M0

Stadium I: T1 nebo T2, N0, M0

Stadium II: T3 nebo T4, N0, M0

Stadium III: jakékoliv T, N1-3, M0

Stadium IV: jakékoliv T nebo N, M1

Vzhledem k závažným doporučením, která jsou platná v České republice, je všeobecně používána TNM klasifikace. (6)

2.5 Klinický obraz

Klinický obraz onemocnění se liší podle lokalizace nádoru. Karcinom pravé poloviny tračníku se projevuje hubnutím, anemizací, krvácením, slabostí, neurčitými bolestmi v pravé polovině břicha či hmatnou rezistencí.

U karcinomů levé poloviny tračníku nacházíme změnu ve vyprazdňování stolice (průjem x zácpa), až poruchy neprůchodnosti střeva (obstrukční ileus), krev ve stolici, meteorismus – zvýšený obsah plynů ve střevě.

V rektu se karcinom projevuje změnou defekačních zvyklostí, frekvence stolice je vyšší, často se objevují tenezmy. Po stolici zůstává pocit nedostatečného vyprázdnění, krev a hlen ve stolici. Pozdním příznakem je bolest a hubnutí. V análním kanálu je pocit cizího tělesa, bolest, pokročilost stádia se projeví stenózou nebo inkontinencí stolice.

2.6 Diagnostika nádoru tlustého střeva a rekta

Diagnostika kolorektálního karcinomu zahrnuje široké spektrum vyšetřovacích metod. Základem je anamnéza a fyzikální vyšetření, dále pak laboratorní vyšetření a endoskopické vyšetření. Velmi důležitá je také biopsie a histologické vyšetření preparátu.

- Anamnéza – pátráme po příznacích, jako jsou habituální pasáže, charakter stolice – příměsi (krev, hlen), změny ve vyprazdňování (průjem, zácpa), bolestivé nucení na stolici, kolikovitě bolesti břicha, úbytek hmotnosti, výskyt nádorového onemocnění v rodině.
- Fyzikální vyšetření – zahrnuje pohled, poslech, pohmat, poklep a vyšetření per rectum. Digitální per rectum by nemělo být opomenuto, protože při něm lze odhalit patologické útvary v rektu po dosah prstu. U žen by se nemělo zapomenout na gynekologické vyšetření a u mužů na urologické vyšetření.
- Laboratorní vyšetření – odebírání se KO, APTT, Quick, FW, biochemický screening, biochemický rozbor moči. Z biochemického vyšetření stanovujeme nádorové markery, jsou to látky produkované maligními buňkami nebo organismem jako odpověď na nádorové bujení. U nádorů tlustého střeva a rekta je hlavním stanovovaným markerem karcinoembryonální antigen (CEA). Dále pak CA 19-9, CA 72-4, CA 242, CA 195. Nepoužívají se pro screening, ale pro kontrolu průběhu nemoci. (6)
- Vyšetření na okultní krvácení – pomocí Haemoccult testu, jde o screeningové vyšetření.

– Endoskopické vyšetření:

- anoskopie – vyšetřujeme anální kanál a distální třetinu rectální ampule ve vzdálenosti 7 cm.
- rektoskopie – vyšetřujeme většinou do vzdálenosti 14 cm, vzácně do 25 cm. Výkon je diagnostický (odběr biopsie), nebo terapeutický (polypektomie, elektrokoagace tumoru). Komplikace výkonu může být krvácení po odběru biopsie nebo po polypektomii.
- koloskopie – je vyšetření konečníku, tlustého střeva popř. terminálního ilea flexibilním endoskopem. Důležitá je řádná příprava před vyšetřením. Pacient vynechá 3 dny před vyšetřením přípravky železa a zbytkovou stravu. K vyprázdnění tračníku provádíme perorální laváž 4 litry izoosmolárního elektrolytového roztoku s polyetylglykolem nebo 90 ml fosfátového činidla, které je nutno následně zapít velkým objemem (až 4 litry) tekutiny. Nemocné s podezřením na obstrukci tračníku připravujeme pouze klyzmaty s vlažnou vodou.

– Zobrazovací metody:

- nativní RTG vyšetření břicha
- RTG plic – přítomnost metastáz
- pasáž gastrointestinálního traktu – jde o orientační vyšetření prováděné u starých nemocných lidí, kteří neudrží kontrastní nálev ani očištné klyzma. Jde o podání zhruba 500 ml suspenze bariu sulfátu se snímkováním v pravidelných intervalech po 24 hodinách či 48 hodinách po podání.
- irigoskopie – provádíme metodou dvojího kontrastu. Tlusté střevo plníme vhodně naředěnou suspenzí baria či komerčně vyráběným přípravkem až po lineální flexuru. Potom insuflujeme vzduch. Pacienta snímujeme v různých polohách.
- ultrasonografická vyšetření (USG) – a) transabdominální USG – orientační vyšetření. Lze jím zobrazit pouze velmi rozsáhle infiltrativní změny stěny tlustého střeva. Lze jím zobrazit metastázy v játrech či v mízních uzlinách.
b) endorektální USG
- počítačová tomografie (CT) – vyšetření břicha a malé pánve, zobrazuje šíření nádoru do okolí.

- magnetická rezonance (MR) – používá se v diagnostice nádorových procesů rekta a v pooperačních stavech rekta.
- enteroklýza – provádí se u nádorů postihující oblast terminálního ilea s Bauhinskou chlopní. Spočívá v zavedení sondy do aborální části duodena s podáním baryové suspenze a následným podáním metylcelulózy. (6), (8), (16)

2.7 Terapie kolorektálního karcinomu

1. Chirurgická terapie – rozlišujeme kurativní a paliativní výkony.

a) kurativní – cílem je radikální odstranění nádoru spolu s regionální lymfatickou drenáží (kurativní resekce). Zda radikální resekce byla kurativní, se přesvědčíme až podle doby přežití operovaných nemocných. V ČR lze uskutečnit tzv. radikální resekční výkon asi u 60% pacientů s karcinomem tračníku a asi u 35% pacientů s karcinomem rekta. (8)

Podle lokalizace tumoru jsou prováděny tyto operační výkony:

- pravostranná hemikolektomie – karcinom céka, vzestupného tračníku, hepatální flexury a na pravé části kolon. Pravý tračník se odstraňuje s lymfatickou drenáží v povodí a. ileocolica, a. colica dextra a pravé větve colica media. Současně se střevem se resekuje pravá část omenta.
- rozšířená pravostranná hemikolektomie – odstraňuje se i část levé větve střední kolické arterie. (6)
- resekce transverza – resekuje se hepatální a lienální flexura, dále a. colica media a omentum v celém rozsahu
- levostranná hemikolektomie – nádory na lienální flexuře nebo na sestupném tračníku. Resekuje se levá třetina transverza s omentem, lienální flexura, colon descendens
- rozšířená levostranná hemikolektomie – u tumorů na horní části esovité kličky. Podvazuje se kmen levé kolické tepny, anastomóza musí být založena nejvýše 10 cm od pánevního dna. Aborální úsek střeva je pak zásoben kolaterálami ze střední rektální tepny
- resekce sigmatu – nádory uloženy na esovité kličce. Resekční linie musí být alespoň 15 cm nad a 10 cm pod nádorem
- Hartmannova resekce – výkon se používá hlavně v oblasti rektosigmatu. Po odstranění nádoru se slepě uzavře aborální část střeva a orální úsek vyvedeme jako terminální kolostomii
- subtotální kolektomie – je indikací při mnohočetných tumorech na tračníku
- proktokolektomie – je úplné odstranění tlustého střeva s rektum nebo i análním kanálem. Výkon je zakončen terminální ileostomií

- laparoskopické střevní resekce – výkony se provádějí na vybraných pracovištích. V některých případech se provádí tzv. asistovaný laparoskopický výkon. První část operace je provedena laparoskopicky (např. speletizace pravého tračníku při pravostranné hemikolektomii) a druhá část otevřenou cestou (malá laparotomie, resekce uvolněného střeva před stěnou břišní a vytvoření anastomózy)
- nízká přední resekce recta – anastomóza je umístěna pod Douglasovou řasou extraperitoneální
 - Dixon
- vysoká přední resekce rekta
- abdominoperineální resekce rekta (Miles-Quenue)
- lokální excize rekta – lze provést jen u nádorů T1 (nádor je omezen na sliznici nebo sliznici a submukózu nebo invaze do muscularis propria), menších než 3 cm v průměru, které nezaujímají více než třetinu obvodu rekta. K lokální excizi jsou vhodné nádory s 1. nebo 2. stupněm malignity. Při operaci odstraníme tumor s úzkým lemem zdravé tkáně a lymfatické uzliny ponecháváme
 - b) *paliativní* – při paliativních výkonech se neodstraňuje chirurgicky nádor. Provádí se např. střevní vývod nebo střevní obchvat pro uvolnění střevní pasáže, to vede k ulehčení a zmírnění potíží.
- Krátká resekce nebo nekompletní resekce bez lymfadenektomie – u nemocných s nádorovou generalizací, usnadní dožití nemocným, často bez nutnosti založení kolostomie.
- Paliativní anastomózy na tračníku – při inoperabilním nádoru na pravé polovině tračníku.
- Stomie – kolostomie – je vyvedení tlustého střeva přes stěnu břišní. Zakládá se v krajním případě, kdy je potřeba obnovit pasáž střevní a pro generalizaci nádoru.
 - *ileostomie* – terminální ileostomie – bývá umístěna nejčastěji v pravém mezo- až hypogastriu, nejčastěji po totální proktokolektomii.
 - *dvouhlavňová ileostomie* – je umístěna v pravém mezo- až hypogastriu.
Indikací dočasného vývodu je zejména odlehčení po riskantních nízkých pánevních anastomózách nebo jako řešení akutní střevní obstrukce. Trvalá dvouhlavňová ileostomie se provádí pouze jako paliativní výkon, nejčastěji u inoperabilních nádorů tračníku. (5), (6), (7), (8), (16), (22)

Ostatní typy stomií (transverzostomie, cékostomie, či jiné) se dnes prakticky neprovádějí.

- vysokofrekvenční elektrokoagulace – tumorózní tkáň je ničena elektrickým proudem pomocí elektrody
- kryodestrukce

2. Onkologická terapie

- *chemoterapie* – je to léčba cytostatiky. Tlumí buněčný růst a ničí nádorové buňky. Chemoterapie má potenciál snížit četnost především vzdálených metastáz. Používají se cytostatika ze skupiny fluoropyrimidinu s neúčinnější látkou thiofluorouracilem, jinak je kolorektální karcinom na většinu cytostatik chemorezistentní. Po chemoterapii mají pacienti sníženou odolnost k infekcím, únavnost, zvýšenou krvácivost, nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem, záněty dutiny ústní a vypadávání vlasů.
- *radioterapie* – užívá k léčbě ionizující záření. Snižuje rizika lokoregionální progrese. Radioterapie má potenciál snížit počet lokálních recidiv v místě ozáření. Používá se jako samostatná nebo kombinovaná s chemoterapií. Aplikuje se u nádorů rekta předoperačně, u nádoru klasifikace T3 a T4, pooperačně a sendvičovou metodou – před i po operaci. (6), (1)

2.8 Prognóza pacientů s kolorektálním karcinomem

Prognóza velmi závisí na rozsahu nádoru (průnik do hlubších vrstev střeva a přestup nádorového bujení do okolí), jeho lokalizaci a generalizaci (vznik vzdálených metastáz). Velkou šanci mají nemocní, u nichž se na nádor přišlo v časném stadiu a kde je možný radikální operační výkon.

Nádory rekta mají horší prognózu, hlavně nádory lokalizované v distální třetině.

Pětileté přežití u pacientů s nádorem tlustého střeva a rekta v závislosti na stadiu onemocnění je přibližně následující: stadium I – 80%, stadium II – 60%, stadium III – 30%, stadium IV – 5%

2.9 Prevence nádorů tlustého střeva a rekta

Karcinom tlustého střeva je prakticky jediným onkologickým onemocněním, kde je realizovatelná primární prevence. Jde o nádor, který je důsledkem především chyb životního stylu a vlivu životního prostředí. Preventivní opatření jsou jednak charakteru doporučeného životního stylu a jednak optimální diagnostika prekanceróz nádorového onemocnění. Mezi obecná preventivní opatření například patří: omezení celkové konzumace živočišných tuků, zvýšený obsah vlákniny v potravě, zvýšený obsah vápníku, vitamínů C, E a selenu, omezení nevhodné tepelné úpravy potravy (pečení, smažení, grilování). Speciální preventivní opatření je například: odstranění všech adenomů, dispenzarizace speciálních rizikových skupin – nemocní se všemi druhy střevní polypózy, příslušníci rodin se syndromem familiárního karcinomu, nemocní po operaci KRK.

Všichni tyto nemocní by měli být koloskopicky vyšetřováni v pravidelných časových odstupech, daných obecně platným screeningovým doporučením.

Tabulka č. 2 - Doporučená vyšetření a intervaly kontrol pooperačního sledování pacientů s KRK

<i>Pooperační sledování</i>	<i>Interval</i>	<i>Vyšetření</i>
1. rok po operaci	1x za 6 měsíců	Sono jater, koloskopie, rektoskopie
	1x za 12 měsíců	RTG plic
	1x za 3 měsíce	Nádorové markery CEA, CA 19-9
2. rok po operaci	1x za 12 měsíců	Sono jater, koloskopie, rektoskopie
	1x za 12 měsíců	RTG plic
	1x za 3 měsíce	Nádorové markery CEA, CA 19-9
3. rok po operaci	1x za 12 měsíců	Sono jater, RTG plic
	1x za 2-3 roky	Koloskopie, rektoskopie
	1x za 3 měsíce	Nádorové markery CEA, CA 19-9
Další sledování	1x za 6 měsíců	Nádorové markery CEA, CA 19-9
	1x za 12 měsíců	Sono jater, RTG plic
	1x za 2-3 roky	Koloskopie, rektoskopie

U všech nemocných po nízké resekci rekta jsou nutné endoskopické kontroly anastomózy po 3 měsících během prvních dvou let pooperačního sledování. (6)

2.10 Základní údaje o nemocném

Jméno: F.
Příjmení: S.
Oslovení: pan S.
Věk: 40 let
Národnost: česká
Stav: ženatý
Povolání: zedník (OSVČ) osoba samostatně výdělečně činná
Pojišťovna: všeobecná zdravotní pojišťovna
Adresa: město
Bydlení: rodinný dům
Kontaktní osoba: manželka
Důvod přijetí: plánovaná operace pro Ca rekta

Ošetřování ve dnech: 29. 11. 2009 – 10. 12. 2009

2.11 Osobní údaje nemocného, lékařská anamnéza a diagnóza

Pacient měl od vojny občasné obtíže s vnitřními hemoroidy. Nyní asi tři měsíce se objevilo výrazné zhoršení: bolesti břicha, konečníku, pocit nedostatečného vyprázdnění a krvácení při stolici. Za poslední tři měsíce zhubl 8 kg, přiměřeně jedl a nezvracel. Tyto potíže ho dovedly k obvodnímu lékaři, který ho poslal na chirurgickou ambulanci k dovyšetření.

2. 12 Provedená vyšetření:

27. 10. 2009 koloskopie – se závěrem: „velmi suspektní maligní tumor orální třetiny rekta, nestenozující.“
30. 10. 2009 počítačová tomografie (CT) – „cirkulární maligní tumor v rektosigmoideálním přechodu tračníku s mírnou stenózou lumen, se známkami mírné lokální invaze do okolí, v okolí několik mírně zvětšených suspektních mezenterálních lymfatických uzlin.“
3. 11. 2009 – endosonografie rekta – „tumor rektosigmoideálního přechodu maligního vzhledu, spodní okraj 13 cm nad linea dentata, v EUS obraze T3, N1.“
7. 11. 2009 – RTG S+P – negativní nález, vyšetření per rektum – bez hmatné rezistence
25. 11. 2009 - laboratorní vyšetření

Tabulka č. 3 – laboratorní vyšetření – biochemický soubor

Biochemický soubor		
Zkoumaný parametr	Fyz. hodnota	Hodnota pana S.
K sérum	3,4 – 5,4 mmol/l	4,1 mmol/l
Bilirubin total	5,0 – 21, 0 mmol/l	12,0 mmol/l
Bilirubin přímý	0,01 – 7,00 mmol/l	3,90 mmol/l
ALT	0,15 – 0,73 ukat/l	0,69 ukat/l
AST	0,10 – 0,68 ukat/l	0,41 ukat/l
GMT	0,10 – 0,84 ukat/l	0,80 ukat/l
ALP	0,65 – 4,83 ukat/l	1,17 ukat/l

Tabulka č. 4 – laboratorní vyšetření – krevní obraz

Krevní obraz		
Zkoumaný parametr	Fyz. hodnota	Hodnota pana S.
leukocyty	3,6 – 10,0 x10 ⁹ /l	4,2 x10 ⁹ /l
erytrocyty	4,3 – 5,6 x10 ¹² /l	4,6 x10 ¹² /l
hemoglobin	130,0 – 170 g/l	138,0 g/l
hematokrit	0,39 – 0,52	0,36
objem erytrocyty	78 – 94 fl	90 fl
konc. Hb v ery	0,30 – 0,37	0,33
obsah Hb v ery	26,0 – 32,0 pg/l ery	29,9 pg/l ery
RDW distr. Erytr.	10,0 – 15,2 %	12,9 %
trombocyty	120,0 – 350,0 x10 ⁹ /l	334,0 x10 ⁹ /l
MPV	6,00 – 10,00 fl	9,20 fl

Tabulka č. 5 – laboratorní vyšetření – koagulační vyšetření

Koagulační vyšetření		
Zkoumaný parametr	Fyz. hodnota	Hodnota pana S.
aPTT	24 – 36 s	29 s
Quick	9 – 13 s	11 s
INR	0,8 – 1,2	1,1
Trombinový čas	14 – 16 s	14,8 s
Fibrinogen	1,5 – 3 g/l	2,3 g/l

Osobní anamnéza – udává běžné dětské nemoci. Ve 13-ti letech si zlomil zápěstí na levé horní končetině. Jiné úrazy neměl. Pacient nekouří, alkohol příležitostně 5 piv za týden, kávu 2x denně.

Rodinná anamnéza – děti zdravý, matka zemřela na IM v 64 letech, otec hypertonik, více neví.

Sociální anamnéza – ženatý, pracuje jako zedník (OSVČ) osoba samostatně výdělečně činná.

Alergická anamnéza – bez alergie

Farmakologická anamnéza – bez medikace

2. 13 Průběh hospitalizace

Pan S. F. byl přijat 29. 11. 2009 v 8:50 hodin na chirurgické oddělení k plánované operaci pro karcinom rekta. Stav při přijetí: TK – 140/75 torrů, puls – 72 tepů/minutu – pravidelný, výška – 182 cm, váha – 83 kg, BMI – 25,1 – fyziologická váha, TT – 36,5 °C, D – 17 D/min., přiměřeně hydratován, kůže teplá a suchá. Součástí předoperačního vyšetření bylo biochemické vyšetření, krevní obraz, Quickův test a EKG. Operační výkon byl plánován na 1. 12. 2009. Po příchodu na oddělení byla s panem S. sepsána příjmová anamnéza. Pacient je klidný, orientovaný, přiměřeně hydratovaný, kůži má teplou a suchou, skléry bílé, jazyk bez povlaku, pláží středem, hrdlo klidné, štítná žláza nezvětšena, karotidy bez šelestů, břicho měkké nebolestivé, volně prohmatatelné. Pacient byl seznámen s chodem oddělení, sestra ho provedla po oddělení a ukázala mu, kde najde sesternu a vyšetřovnu. Byl uložen na třílůžkový pokoj, kde leželi pacienti podobného věku. Nemocný byl poučen lékařem, který mu sdělil způsob provedení operace, rizika, možné komplikace a o možnosti založení stomie. Pan S. s výkonem souhlasil a podepsal souhlas s operací. Interní předoperační vyšetření bylo v pořádku, kardiopulmonálně kompenzován a schopen výkonu v celkové anestezii. Bylo provedeno anesteziologické konzilium a určena klasifikace operačního rizika podle Americké anesteziologické společnosti ASA III. Tři dny před operací bylo nutné držet bezezbytkovou dietu. Den před operací se začalo s vyprazdňováním střeva pomocí čtyř litrů roztoku Fortransu, který začal pít v 9:00 hodin a byla zavedena nasojejunální sonda. Lékař naordinoval na noc Diazepam 10 mg 1 tbl a ve 20:00 Clexane 0,4 ml s.c. Od půlnoci v den operace musí dodržet lačnění (nejíst, nepít, nekouřit). Ráno byly pacientovy nataženy elastické punčochy na obě dolní končetiny, jako prevence TEN. Na výzvu z operačního sálu v 10 hodin a 10 minut byla podána premedikace Dormicum 4mg + Atropin 0,5 mg i.m. Pacient byl v 10 hodin a 30 minut převezen na operační sál.

Operace proběhla 1. 12. 2009 od 10:40 – 13:00 a byla provedena resekce rektosigmoidea, double stappling. Histologie potvrdila exulcerovaný, tubulárně uspořádaný, středně diferencovaný adenokarcinom tlustého střeva, který neprorůstá přes svalovinu stěny střevní. Pouze v jediném řezu byl drobný nádorový čep, zasahující do povrchových úseků subserózní pojivové tkáně. Na sále zavedena NGS a aplikován Metronidazol 500 ml i.v..

Výpis z operačního protokolu

„V ET narkóze u nemocného s rozsáhlým tumorem ve 13 cm, na základě rozhodnutí bez adjuvantní chemoradioterapie. Nalezen hmatný tumor těsně nad řasou. Játra palpačně bez hmatných metastatických ložisek. Provedena nízká resekce rekta po ligatuře a. mesenterica ing. s mesorektální excizí a lymfadenektomií v rozsahu N1 – N3, cca 4 cm aborálně od tumoru, cca 20 cm orálně od tumoru, anastomóza double stappling technikou, cirkulární stappler a chirurgická kontrola. Zaveden drén penrose. Krevní ztráta do 100 ml.“

Po operaci byl pacient přeložen na chirurgickou JIP. Ze sálu předán při vědomí, oběh stabilizován, srdeční akce pravidelná a ventilace spontánní. Operační rána mírně prosáklá, mimo operační ránu vyveden drén penrose, (zaveden do retroperitonea). Anesteziolog naordinoval Dipidolor 1 amp (2ml) i.m. po 6 hodinách, TK, P a SpO₂ po 30 minutách 3 hodiny, pak po hodině, sledování stavu vědomí, operační ránu a bilanci tekutin. Dále pacient dostával dle ordinace lékaře Unasyn 1,5 g i.v. po 8 hodinách v 8 – 16 – 24, Metronidazol 500 ml i.v. po 12 hodinách v 8 – 20 hodin, Quamatel 20 mg 1 amp i.v. v 18 hodin po 24 hodinách, Clexane 0,4 ml s.c. v 8:00 po 24 hodinách. Ringer 1/1 500 ml na 3 hodiny 3x. O₂ maska 5 litrů za minutu.

Pacient má zavedený permanentní katétr Tiemann číslo 18 a elastické punčochy na obou dolních končetinách. Periferní katétr na levé horní končetině (předloktí). Dále má pacient zavedenou NGS na spád a NJS do které kape Glukoza 10% - 10ml/hod.

7. den hospitalizace, 4 pooperační den

Pan S. F. byl přeložen na standardní chirurgické oddělení. Vertikální rána v hypogastriu (dolní střední laparotomie) dlouhá asi 13 cm, klidná, bez sekrece. Periferní kanyla na pravé horní končetině. Na bolest má naordinován Dipidolor 1 amp (2ml) i.m. po 6 hodinách a Novalgin 1 amp (5ml) do 100 ml FR i.v. po 6 hodinách. Antibiotika Unasyn 1,5g i.v. po 8 hodinách 8 – 16 – 24, Metronidazol 500 mg i.v. po 12 hodinách v 8 - 20. Dále medikace: Quamatel 20 mg 1 amp. i.v. 18:00 po 24 hodinách, Cerucal 1 amp. i.v. po 6 hodinách 6 – 12 – 18 – 24, Clexane 0,4 ml s.c. 8:00. Ráno na chirurgické JIP vyndána NJS. Dietu má tekutou a Nutridrink jako doplněk stravy. Provedla jsem převaz operační rány. Rána klidná bez známek zánětu. Hygienu zvládá sám, bez pomoci. Intenzitu bolesti udává na analogické škále od 0 – 10 na číslo 3, což je mírná bolest. V 10 hodin a 15 minut jsem aplikovala pacientovi Novalgin 1 amp (5ml) + 100 ml FR i.v., po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1. Fyziologické funkce v pořádku TK - 125/75 torrů, P - 67', TT - 36,6°C, D - 17 D/min.

8. den hospitalizace, 5. pooperační den

Osobní hygienu zvládá sám. Proveden převaz. Operační rána klidná, bez sekrece. Drobná rána po drénu mírně sákne, sterilně krytá. Medikace beze změny, podány dle ordinace lékaře. V 8 hodin jsem aplikovala Clexane 0,4 ml s.c.. Pacient chodí po pokoji, na WC. Elasticke punčochy na obou dolních končetinách zatím ponechány. Intenzitu bolesti udává na číslo 2 – 3. Bolest se zhoršuje při pohybu. V 8 hodin a 35 minut jsem aplikovala pacientovi Novalgin 5 ml + 100 ml FR i.v. dle ordinace lékaře. Po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1. Fyziologické funkce jsou v pořádku TK – 125/70 torrů, P – 72', D – 18 D/min, TT – 36,5°C. Dieta kašovitá, Nutridrink 1x denně, tekutiny volně per os. Odchod řídké stolice, bez příměsí, fyz. barvy.

9. den hospitalizace, 6. pooperační den

Operační rána i rána po drénu klidná, bez sekrece. Unasyn 1,5 g i.v. po 8 hodinách v 8.00 ex a Mertonidazol 500 mg i.v. po 12 hodinách ex. Jinak medikace beze změn. V 8 hodin jsem aplikovala Clexane 0,4 ml s.c. Pacient chodí po oddělení. Intenzitu bolesti udává na číslo 1 – 2, což je mírná bolest. Léky na bolest odmítá. Dieta kašovitá, Nutridrink 1x denně. Fyziologické funkce v pořádku TK – 130/70 torrů, P – 71', D – 18 D/min, TT – 36,3°C. Periferní kanyla na pravé horní končetině ex, místo vpichu a okolí bez známek zánětu. Zavedena nová periferní kanyla do levé horní končetiny (zápěstí).

10. den hospitalizace, 7. pooperační den

Rána klidná bez sekrece. Pacient je soběstačný, chodící. Odchod stolice 2x denně. Fyziologické funkce v pořádku TK – 125/75 torrů, P – 69', D – 17 D/min, TT – 36,5°C. Dieta číslo 2 – šetřící, jako doplněk stravy Nutridrink. Quamatel 20 mg 1 amp. i.v. v 18:00 ex, Cerucal 1 amp. i.v. po 6 hodinách ve 24:00 ex. V 8 hodin jsem aplikovala Clexane 0,4 ml s.c. Intenzitu bolesti udává na číslo 2. Aplikovala jsem pacientovi Novalgin 5 ml + 100 ml FR i.v. dle ordinace lékaře v 9 hodin a 10 minut. Po 30 minutách bolest zcela ustoupila. Pacient je v dobrém psychickém stavu a už se těší domů.

11. den hospitalizace, 8. pooperační den

Rána klidná, bez sekrece. Ponechána bez krytí, jen postříkána tekutým obvazem. Pacient je soběstačný, chodící, proto mu byly sundány elastické punčochy. Clexane 0,4 ml s.c. v 8:00 ex. Injekční léky byly změněny na tabletovou formu. Nyní pacient dostává při bolesti Tramal 100 mg 1tbl. Periferní kanyla na levé horní končetině ex, místo vpichu a okolí bez známek zánětu. Bolest se pohybuje na čísle 1-2, ale analgetika odmítá. Fyziologické funkce v pořádku TK – 135/80 torrů, P – 76', D – 18 D/min, TT – 36,5°C. Dieta číslo 2 – šetřící. Doplněk stravy Nutridrink ex. Zítra naplánovaná dimise, pacient se těší domů.

12. den hospitalizace, 9. pooperační den

Fyziologické funkce v pořádku TK – 125/70 torrů, P – 74', D – 16 D/min, TT – 36,7°C. Pro pana S. si dopoledne přijela manželka. Oba byli poučeni o stravovacím režimu a péči o ránu. V dobrém psychickém stavu byl pacient předán do péče praktického lékaře. Do tří dnů by měl pan S. navštívit svého praktického lékaře a RTO v Českých Budějovicích k domluvě chemoterapie a radioterapie.

2. 14 Farmakoterapie

Tabulka č. 6 - Farmakoterapie

Název léku	Skupina	Popis	Vedlejší účinky
Dipidolor 2 ml i.m. po 6 hod. (13 – 19 – 1 - 7 při bolesti)	Analgetika - anodyna	Dipidolor je silný a rychle působící lék, který tlumí bolest	Únava, ospalost, nevolnost, zvracení, zácpa, potíže při močení, žlučníkový záchvat, hypotenze
Novalgin 5 ml i.v. po 6 hod. (15 – 21 – 3 – 9 při bolesti)	Analgetika antipyretika	Tlumí silnou akutní i chronickou bolest, snižuje tělesnou teplotu	Krvácení do GIT, meléna, nauzea, zvracení
Clexane 0,4 ml s.c. po 24 hod. 8:00	Antitrombotikum, antikoagulans	Profylaxe tromboembolické nemoci, Prevence tvorby trombů	Způsobuje krvácení, hematom v místě aplikace, vzácně alergická reakce
Diazepam 10 mg 1 tbl p.o ve 20:00 (v den před operací)	Anxiolytikum	Účinek je jen několik týdnů, protože mozek si rychle vytvoří toleranci	Zpomaluje psychickou aktivitu, apatie, závrať, závislost, zapomnětlivost
Dormicum 4 mg i.m. v 10:10 – na výzvu ze sálu	Hypnotikum anxiolytikum	krátce působící lék, který navozuje spánek, premedikace před navozením anestézie	kožní vyrážky, ospalost, prodloužená sedace, zmatenost, euforie, halucinace, únava, bolest hlavy, závratě
Atropin 0,5 mg i.m. v 10:10 – na výzvu ze sálu	Parasympatolitikum s terciálním dusíkem, proto snadno proniká do CNS	Působí spasmolyticky na hladké svalstvo, tlumí sekreci v dýchacích cestách	Sucho v ústech, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, retence moči
Unsyn 1,5 mg i.v. po 8 hod. (8 – 16 – 24)	Širokospektré penicilinové antibiotikum	Antibiotická profylaxe	Přecitlivělost na penicilin a cefalosporín, nauzea, zvracení, průjem, alergická kožní

			reakce, anafylaktický šok
Metronidazol 500 mg i.v. po 12 hod. (8 – 20)	Chemoterapeutikum	Působí bakteriocidně či bakteriostaticky na mikrobiální agens	Alergie, závratě, poruchy zrakové přizpůsobivosti, bolesti hlavy, nechutenství, zvracení
Quamatel 20 mg i.v. po 24 hod. 18:00	Antiulcerózní látka	Užívané na ochranu žaludeční sliznice a při žaludeční duodenální vředové chorobě, k léčbě onemocnění, při kterých je potřeba snížit sekreci žaludeční šťávy.	Únava, závratě, ovlivnění akomodace do blízka, nauzea, bolesti hlavy, zácpa, průjem, zvýšená TT
Cerucal 1 amp. i.v. po 6 hod. (6 – 12 -18 – 24)	Prokinetikum, antiemetikum	Blokuje dopaminové receptory v mozku, odstraňuje nevolnost, nucení na zvracení	Průjem, únava, bolesti hlavy, zvýšené napětí svalů, vyrážka
Tramal 100 mg 1 tbl p.o - při bolesti	Analgetika anodyna	Lék proti bolesti, ovlivňuje centrální nervový systém. Zmírňuje bolest působením na zvláštní nervové buňky v míše a v mozku	Pocit na zvracení, závratě, halucinace, zmatenost, zvracení, zácpa, sucho v ústech
Glukoza 10% do NJS	Glucosi infusio	Infuzní roztok pro parenterální výživu dodání energie a parenterální výživa	Při dodržení doporučených indikací, dávkování a způsobu podání nejsou nežádoucí účinky známy
Ringer 1/1 500ml i.v. po 3 hod. (13 – 16 – 19)	Infundabilium,	základní infuzní roztok	Při dodržení doporučených indikací, dávkování a způsobu podání nejsou nežádoucí účinky známy

(25)

3. Ošetrovateľská časť

Tato časť zahŕňa stručnú charakteristiku ošetrovateľského procesu, zhodnotenie nemocného podľa modelu Majory Gordonovej, stanovenie aktuálnych a potencionálnych diagnóz, realizáciu a hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľské diagnózy som stanovila na 4. pooperačný deň, 7 deň hospitalizácie, kedy bol pacient preložený z chirurgického JIP na štandardné chirurgické oddelenie. Ošetrovateľské diagnózy som stanovila dňa 5. 12. 2009 v 9 hodín 45 minút na základe analýzy informácií získaných z rozhovoru s pacientom, ze zdravotníckej dokumentácie, vlastným pozorovaním a od členov ošetrovateľského tímu.

3. 1 Charakteristika ošetrovateľského procesu

Teória ošetrovateľského procesu prenikla na konci 60. rokov do Európy zo Spojených štátov amerických ako koncepčný model vzájomného prístupu k ošetrovaniu nemocného. Ošetrovateľský proces sa predovšetkým odráža v aktívnych činnostiach sestry, k nimž sa sama rozhodne na základe poznania nemocného. (19)

Ošetrovateľský proces je vedecká metóda riešenia problémov nemocných, ktoré môže profesionálne ovplyvniť sestru. Je to logická metóda poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vo prospech nemocného, prípadne za jeho spolupráce pri individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, založená na päť komponentoch:

1. Shromažďovanie údajov – zhodnotenie nemocného
2. Stanovenie ošetrovateľských diagnóz
3. Stanovenie cieľov – plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti
 4. Realizácia ošetrovateľských intervencií – provedenie navrhnutých opatrení
 5. Vyhodnotenie reakcie nemocného na poskytovanú starostlivosť – zhodnotenie efektu

Každá fáza je samostatná, ale prístup k ošetrovateľskej starostlivosti musí byť prováděný ako celok.

(17)

3.2 Fáze ošetrovatelského procesu

1. *Zhodnocení nemocného* – než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by být o nemocném dobře informována. Důležitá je kvalita zhodnocení, s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Při prvním kontaktu s nemocným začíná shromažďování identifikačních údajů: jméno, příjmení, věk, rodné číslo, název zdravotní pojišťovny, bydliště, důvod přijetí, současný zdravotní stav. Další informace zjišťuje rozhovorem, pozorováním a fyzikálním vyšetřením. Současně se zaměřuje i na potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Velmi potřebné informace mohou poskytnout i rodinní příslušníci, případně nejbližší osoby nemocného či ostatní členové zdravotnického týmu.
2. *Stanovení ošetrovatelské diagnózy* – ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním buď narušeny, nebo je porucha zdravotního stavu vyvolá. Nemocný, který je v normálním životě schopen své potřeby uspokojovat přiměřeným způsobem, nyní strádá jejich frustrací. Ošetrovatelská diagnóza znamená vytřídění informací, verbalizace současných i potencionálních problémů, stanovení pořadí jejich priorit a vše provést za účasti pacienta. Ošetrovatelské diagnózy se vztahují k pacientovým potřebám a problémům, které mohou být uspokojeny samostatnou ošetrovatelskou interakcí.
3. *Plánování ošetrovatelské péče* – jak a v jakém pořadí budeme řešit individuální problémy nemocného. Plánování ošetrovatelské péče znamená: určení priorit problémů, stanovení cílů péče, určení jak mohu měřit efekt a zápis ošetrovatelského plánu. Cíl lze stanovit krátkodobý, který se týká bezprostředně následujícího období po operaci. Dlouhodobý cíl se vztahuje k delšímu období např. ke konci hospitalizace nebo směřuje do domácí péče. Vlastní ošetrovatelský plán péče tvoří návrh vhodných ošetrovatelských intervencí (výkonů), které povedou k dosažení stanovených cílů.
4. *Realizace plánu* – tato fáze zahrnuje vlastní ošetřování nemocného.
5. *Zhodnocení efektu poskytované péče* – znamená zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, změření úspěchu poskytnuté péče, získání dalších informací o nemocném a plánování další péče.

Přínos individualizované ošetrovatelské péče

Pro nemocného: - je řízená a ordinována sestrou

- je „šitá na míru“, odpovídá potřebám nemocného

- zvyšuje aktivitu nemocného a jeho rodiny
- udržuje soběstačnost nemocného
- je založená na ošetrovatelském procesu

Pro sestru: - zvyšuje samostatnost práce sestry

- vyvolává pozitivní zpětnou vazbu
- zvyšuje odpovědnost a kompetence sestry
- zvyšuje seberealizaci v profesi

Ošetrovatelský proces poskytuje myšlenkový rámec pro celkovou systematickou, individualizovanou péči o pacienta. (17), (19)

3.3 Charakteristika modelu Marjory Gordonové

Pro svou práci jsem si vybrala „Model funkčního zdraví Marjory Gordonové“. Marjory Gordon se narodila v Clevelandu ve státě Ohio. Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku. Doktorandskou práci z pedagogické psychologie obhájila na Boston College. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association).

Model je odvozený z interakce osoba – prostředí. Zdravotní stav je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Dojde-li k poruše v jedné z těchto oblastí, hovoříme o dysfunkci (dojde k narušení rovnováhy zdraví celého organismu). Podle tohoto modelu můžeme kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav u zdravého i nemocného člověka. K posouzení toho, zda jde o typ zdraví funkčního nebo dysfunkčního, je nutná adekvátní úroveň znalostí sestry z oblasti klinické ošetrovatelské propedeutiky.

Funkční zdraví ovlivňují následující faktory:

- faktory biologické
- faktory vývojové
- faktory kulturní
- faktory sociální
- faktory spirituální

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka, podle nichž sestra získává potřebné informace:

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek – odpočinek
6. Vnímání – poznávání
7. Sebepojetí – sebeúcta
8. Role – vztahy
9. Reprodukce – sexualita
10. Stres – zvládání, tolerance
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné (13)

3. 4 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 7. den hospitalizace, což je 4 pooperační den, kdy byl pacient přeložen z chirurgické JIP na standardní chirurgické oddělení. Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 5. 12. 2009 v 8:45 hodin. K získání informací jsem použila metody: rozhovor a pozorování pacienta, zdravotnickou dokumentaci a informace od členů zdravotnického týmu. Při odebírání anamnézy jsem se zaměřila na kritéria hodnocení funkčního zdraví, která jsou použita v modelu Marjory Gordonové.

Přehled údajů o nemocném

Tabulka č. 8 – přehled údajů o nemocném

Jméno	S. F.
Pohlaví	muž
Věk	40 let
Stav	ženatý
Důvod hospitalizace	plánovaná operace pro Ca rekta
Diagnóza	ca recti
Hospitalizace	29. 11. – 10. 12. 2009
Operace	1. 12. 2009 v 10:40 – 13:00
Druh operace	resekce rektosigmoidea, double stappling
Invazivní vstupy	PŽK – 0. - 3. poop. den LHK – předloktí (růžová kanyla) - 3. - 6. poop. den PHK – předloktí (růžová kanyla) - 6. - 8. poop. den LHK - zápěstí (modrá kanyla) NGS – zavedena na sále, odstraněna 1. poop. den NJS – zavedena den před operací, vyndána 4. poop. den PMK – zaveden na operačním sále, vyndán 2. pooperační den – Tiemann číslo 18. drén penrose – zaveden na sále, vyndán 2. poop. den
Operační rána	dolní střední laparotomie
Odchod plynů	od 2. pooperačního dne
První stolice	5. pooperační den
Dieta	4. poop. den – tekutá, tekutiny volně po douškách, doplněk stravy Nutridrink 1x denně 5. poop. den - kašovitá, tekutiny volně per os, doplněk stravy Nutridrink 1x denně 6. poop. den – kašovitá, tekutiny volně per os, doplněk stravy Nutridrink 1x denně 7. – 9. poop. den – 2 – šetřící (8. poop. den Nutridrink ex)
Výška	182 cm
Váha	při příjmu 83 kg 4. poop. den - 7. den hospitalizace 81 kg
BMI	při příjmu 25,1 4. poop. den – 7. den hospitalizace 24,5
Bolest (analogická škála od 0 – 10)	4. poop. den – číslo 3, což je mírná bolest. Aplikován Novalgin 1 amp (5ml) i.v., po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1.

	<p>5. poop. den - číslo 2 – 3. Bolest se zhoršovala při pohybu. Aplikován Novalgin 5 ml i.v.. Po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1.</p> <p>6. poop. den - číslo 1 – 2. Léky na bolest odmítá.</p> <p>7. poop. den - číslo 2. Aplikován Novalgin 5 ml i.v.. Po 30 minutách bolest zcela ustoupila.</p> <p>8. – 9. poop. den – číslo 1 – 2, analgetika odmítá</p>
FF	<p>4. poop. den - TK = 125/75 torrů, P = 67', TT = 36,6 °C, D = 17 D/min</p> <p>5. poop. den - TK = 125/70 torrů, P = 72', D = 18 D/min, TT = 36,5°C.</p> <p>6. poop. den - TK = 130/70 torrů, P = 71', D = 18 D/min, TT = 36,3°C</p> <p>7. poop. den - TK = 125/75 torrů, P = 69', D = 17 D/min, TT = 36,5°C</p> <p>8. poop. den - TK = 135/80 torrů, P = 76', D = 18 D/min, TT = 36,5°C</p> <p>9. poop. den - TK = 125/70 torrů, P = 74', D = 16 D/min, TT = 36,7°C</p>
AA	neguje
Režim	vertikalizace, chodící
Rizika	vzniku infekce, TEN
Zaměstnání	zedník OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná
Prevence TEN	elastické punčochy
Hodnotící škály	<p>- riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové - 30 bodů – není riziko dekubitu</p> <p>- nutričního skóre – 1 bod - stav výživy dostatečný</p> <p>- soběstačnost v základních všedních činnostech, Barthelův test - 100 bodů – nezávislý.</p> <p>- riziko pádu - 1 bod – nehrozí riziko pádu.</p> <p>- psychický stav – orientovaný, klidný, spolupracující</p>

Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu pacienta

Pan S. hodnotil svůj zdravotní stav jako dobrý. Dříve nikdy vážně nestonal. Ve 13-ti letech utrpěl zlomeninu zápěstí na levé horní končetině po pádu z kola. Od té doby jiné vážné poranění neměl. Nikdy nebyl hospitalizovaný v nemocnici. Pacient chodil pravidelně na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři. Potíže se stolicí a bolesti břicha ho přivedly k praktickému lékaři, který ho odeslal na ambulanci chirurgie. Prošel řadou vyšetření a se závěrem tumor

rektosigmoideálního přechodu byl přijat k operačnímu výkonu. Pacient je svým ošetřujícím lékařem pravidelně a pravdivě informován o své nemoci a s operačním výkonem souhlasí. Po operaci se cítí dobře, je rád, že se to povedlo. Když se poprvé dozvěděl od lékaře výsledky vyšetření, úplně se mu zhroutil svět, neboť si uvědomoval závažnost této nemoci. Nyní má trochu strach z budoucnosti, jestli uvidí vyrůstat své děti. Má velké obavy z následné léčby, která bude následovat, hlavně z chemoterapie. Při rozhovoru odpovídá bez váhání, mluví klidně. Není ještě plně vyrovnán se svým onemocněním, nechápe proč zrovna on. Příčiny svého nynějšího onemocnění přisuzuje způsobu stravování a nedostatku pohybu v přírodě. Do budoucna by toto rád zlepšil. Pan S. se snaží ochotně spolupracovat a dodržovat léčebný režim. Je rád, že leží na pokoji s pacienty podobného věku, a že panuje dobrá nálada na pokoji.

2. Výživa - metabolismus

Pan S. se doma nestravoval správně, díky svému pracovnímu vytížení, neměl čas pravidelně jíst. Většinou si dával k obědu rohlíky se salámem nebo párky a teplé jídlo měl pouze k večeři a o víkendu. V jídle se nikdy neomezoval, jedl vše, na co měl chuť. Před operací neměl problémy se stravou, přesto za poslední tři měsíce zhubl 8 kg. Denně vypije dva litry tekutin, převážně minerální vody. Doma je zvyklý na kávu 2x denně, nyní mu v nemocnici chybí. Rád si dá také pivo, zhruba pět za týden. Při příjmu na oddělení váží 83 kg, výška 182 cm, BMI = 25,1. Kůže a sliznice jsou hydratované. Pokožka suchá, bez dekubitů. Zuby má své, pravidelně chodí k zubnímu lékaři, při jídle mu nedělají potíže. Pacient je 4. pooperační den. Ráno na chirurgické JIP vyndána NJS. Dietu má nyní tekutou, k obědu i k večeři dostal bujón. Trávicí trakt se pomalu začíná zatěžovat stravou, kterou dobře toleruje. Pitný režim je dostatečný, tekutiny volně per os, za den vypil 1,5 litru hořkého čaje. 4. - 8. poop. den byl pacientovi přidáván Nutridrink jako doplněk stravy. Ráno jsem pacienta zvážila 81 kg, měří 182 cm, BMI je ke 4. pooperačnímu dni je 24,5. Stav výživy jsem zhodnotila podle nutričního skóre, který vyšel – 1 bod. Stav výživy je dostačující (viz. příloha č. 6). Riziko vzniku dekubitu jsem hodnotila podle stupnice Nortonové, které vyšlo 30 bodů – není riziko dekubitu. (viz. příloha č. 6). Operační rána se hojila per primam, nevykazovala známky zánětu. (viz. aktuální dg. č. 2)

3. Vylučování

Pacient měl od vojny občasné problémy s vnitřními hemoroidy. Před operací, přibližně tři měsíce, se objevily problémy při vyprazdňování: bolesti břicha, konečníku, pocit nedostatečného vyprázdnění a krvácení při stolici.

Při příjmu močil bez obtíží, nepocíťoval žádné řezání ani pálení. Po operaci měl zavedený PMK Tiemann č. 18, který byl 2. pooperační den odstraněn, za celou dobu odváděl čistou moč bez příměsí. Močení dále pokračuje bez potíží, moč je čirá, bez příměsí. Při močení nepocíťuje řezání ani pálení, chodí sám na WC. Drén penrose, který byl zaveden do retroperitonea, se odstranil 2. pooperační den, protože odvedl 25 ml/24 hod.. Bilance tekutin se měřila do 3. pooperačního dne.

4. pooperační den - na stoličce zatím nebyl, plyny odcházejí od druhého pooperačního dne pravidelně. Břicho na pohmat je měkké. Velmi důležité bude sledování frekvence, množství, vzhled, zápach, konzistenci, příměsí stolice a vyprazdňování, z důvodu gastrointestinální operace. Pacient močí spontánně, bez obtíží na WC.

4. Aktivita - cvičení

Pan S. byl před operací plně pracovně vytížen. Pracuje jako zedník – OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná. Do práce jezdil brzy ráno a domů se vracel v podvečerních hodinách velmi unaven. Na jiné aktivity mu nezbyval čas. O volném čase se věnoval dětem. O víkendu pravidelně chodil na procházky s rodinou a se psem, kterého si pořídili před rokem. Velkou oporou je pro něj manželka, která zastává domácnost a péči o děti, když není doma. Před operací byl plně soběstačný. Od prvního pooperačního dne je rehabilitace zaměřená na dechovou gymnastiku a prevenci TEN. Postupně se začalo s cvičením dolních končetin a vertikalizace pacienta. Rehabilitační pracovnice za ním docházela 2x denně. Bezprostředně po operaci se zaměřili na rehabilitaci v lůžku (prošlapávání dolních končetin, dorzální a plantární flexi, správné dýchání, při kašli si přidržovat operační ránu...). Hygienu prováděl od prvního pooperačního dne, nejprve vsedě na lůžku, poté u umyvadla. Každým dnem se soběstačnost zlepšovala. Čtvrtý pooperační den je pacient soběstačný, chodící, pohybuje se bez kompenzačních pomůcek, hygienu provádí sám v koupelně. Problémy mu způsobuje bolest při pohybu a vstávání z lůžka. Pacient ví, jak vstávat z lůžka (přidržit si operační ránu, otočit se na bok, obě nohy spustit z lůžka, současně se opřít o loket a dostat se do sedu a pak do stoje). Tuto techniku pacient dodržuje. Pro zhodnocení soběstačnosti v základních všedních činnostech jsem použila Barthelův test, kde výsledek vyšel 100 bodů – nezávislý. (viz. příloha č. 6). Zhodnotila jsem riziko pádu, kde výsledek vyšel 1 bod – nehrozí riziko pádu. (viz. příloha č. 6) Každý den ho navštěvuje manželka, která si v Praze zařídila ubytování, aby mohla za ním pravidelně docházet. Děti a psa hlídají prarodiče. Dceři je 14 let a synovi 10 let.

5. Spánek, odpočinek

Doma chodí spát pravidelně okolo 23:00 hodiny. Problémy se spánkem nemá, spí celou noc. Často bývá velmi unaven a usíná během sledování TV. Ráno vstává v 6:00 hodin a cítí se odpočatý. Léky na spaní neužívá. Se ženou mají společnou ložnici, ale přiznává, že někdy musí spát v obývacím pokoji, protože chrápe a manželka se nevyspí. Pacient se podle svých slov na chirurgické JIP moc nevyspal. Vadil mu hluk z přístrojů a bolest, kterou pociťoval. (viz. odstavec 6. Vnímání, pozorování). Po podání analgetik vždy usnul. Udává, že spal v noci zhruba 5 hodin. Nyní se těší, že se na standardním oddělení lépe vyspí. Někdy mu vadí, jak ostatní pacienti chrápou. Volný čas tráví tím, že na lůžku poslouchá hudbu nebo si čte knihu a časopisy. Už se těší domů, jak bude odpočívat u TV.

6. Vnímání, poznávání

Pacient je při vědomí, orientován místem, časem, osobou. Komunikuje s ošetřujícím personálem i se spolupacienty. Nikdy neměl problémy se sluchem. Na dálku nosí brýle, levé oko dvě dioptrie a pravé oko dioptrií a půl. Pravidelně chodí k očnímu lékaři, naposledy u něj byl před půl rokem. Předpokládá se, že to nezmění ani onemocnění. Paměť má dobrou, rád čte noviny. Uvědomuje si, že onemocnění si částečně způsobil sám nevhodnou životosprávou, stresem a nedostatečným pohybem. Pacient i 4. pooperační den pociťuje bolest v oblasti operační rány na břicho, která se zhoršovala při vstávání z lůžka, při pohybu a při chůzi, má charakter typu bodavá a tupá. K zhodnocení bolesti jsem použila analogickou škálu od 0 – 10. Žádná bolest 0 a nesnesitelná bolest 10. Intenzitu bolesti udává na číslo 3, což je mírná bolest. V 10 hodin a 15 minut jsem aplikovala pacientovi Novalgin 1 amp (5ml) do 100 ml FR i.v., po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1. Průběžně jsem u pacienta kontrolovala intenzitu bolesti a zapisovala do dokumentace. Do intenzity číslo 2 většinou nevyžadoval analgetika, jen zaujímal úlevovou polohu (na zádech s pokrčenými dolními končetinami nebo na boku). Při zhoršení bolesti byla podána analgetika dle ordinace lékaře. Většinu dne trávil na lůžku, protože ho pobolívá operační rána, a proto bylo u pacienta pokračováno v prevenci TEN. Z rozhovoru s pacientem vyplývá, že informace o nemoci a léčbě aktivně vyhledává sám, ale některým moc nerozumí (jak dlouho a jak často bude docházet na chemoterapii, v jakém městě, jak dlouho bude muset dodržovat dietu...). Rád by si znovu promluvil s lékařem o následné terapii a chtěl by do toho zapojit i manželku.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pan S. je spíše optimista. Nemá rád konflikty, ale těm se bohužel při svém zaměstnání nevyhne. Pacient je pravidelně informován o své nemoci svým ošetřujícím lékařem. Má obavy z následující léčby. Při rozhovoru, kdy se ptám na onemocnění, vidím, že je smutný, ale když začne vyprávět o své rodině a o zaměstnání, rozzáří se a převládají pozitivní emoce. Chtěl by již být doma

s rodinou. Velmi často přemýšlí nad tím, proč právě onemocněl on. Chápe, že se mu po operaci do jisté míry změní život, ale doufá, že za podpory rodiny to zvládne.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan S. bydlí v rodinném domě spolu s manželkou a dětmi. Je ženatý dvanáct let. Manželka dochází pravidelně do nemocnice na návštěvy. Během hospitalizace manžela si našla v Praze ubytování, aby mu byla vždy na blízku. Děti hlídají prarodiče, protože nemohou být samy doma. Dceři je 14 let a synovi 10 let. Rodina je pro něj velkou oporou. Pacient je umístěn na třílůžkovém pokoji, rád si povídá s ostatními pacienty. S ošetřujícím personálem komunikuje bez problému, snaží se vyhovět každé výzvě. Dodržuje léčebný režim a aktivně spolupracuje. Sam vyhledává informace o léčbě. Těší se znovu do práce a na ostatní spolupracovníky.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pan S. má dvě zdravé děti. Na toto téma nechtěl hovořit.

10. Stres, zátěžové situace

Jako zátěžovou situaci považuje nynější onemocnění. Nedokáže se dost dobře s touto chorobou vyrovnat, hlavně s léčbou, která bude následovat. Je rád, že už má operaci za sebou, a že dopadla dobře. Pacient je nyní v dobré náladě, komunikativní, klidný, orientovaný a aktivně spolupracuje. (viz. příloha č. 6). Se stresem se pan S. setkává nejčastěji v práci. Domácnost je klidná a vždy se těší domů. Odreagovává se nejraději při procházce se psem, s dětmi a sledováním televize. Stresu se snaží vyhýbat. Velkou oporou je pro něj manželka, která za něj každý den dochází do nemocnice. Myslí si, že pro něj bude obtížné změnit jídelníček, neví, co bude moci jíst a jestli to zvládne připravit. Odpoledne jsem si vzala pana S. do jídelny a vysvětlila jsem mu jaká strava je správná a jaké by se měl vyvarovat. Na závěr jsem mu dala 2 edukační materiály, kde byl sestaven týdenní jídelníček. (viz. kapitola 3. 6 Edukace). Při krácení volného času jsem pacientovi ukázala, kam se může chodit dívat na TV a kde si lze také vypůjčit nějaké časopisy ke čtení, aby mu den lépe utekl.

11. Víra, životní hodnoty

Velký význam má pro pana S. spokojený rodinný život a dobré vztahy mezi členy rodiny. Důležité pro něj je také hlavně zdraví rodiny. Pacient není věřící, do kostela nechodí. Těší se, až bude propuštěn domů ke svým nejbližším. V současné době se pro něj největší hodnotou stalo zdraví.

12. Jiné

Ráno 4. pooperační den jsem provedla aseptický převaz operační rány (odstranění krytí, dezinfekce roztokem Betadine, suché sterilní krytí). Vertikální rána v hypogastriu po dolní střední laparotomii, dlouhá asi 13 cm, klidná, bez sekrece a známek zánětu. Stehy v operační ráně ponechány. Vstup po drénu o velikosti 0,5 cm nevykazuje známky zánětu, bez sekrece. Periferní kanyla na pravé horní končetině (předloktí), místo vpichu a okolí bez známek zánětu. Fyziologické funkce jsou v pořádku TK - 125/75 torrů, P - 67', TT - 36,6°C, D - 17 D/min.

3. 5 Ošetrovatelské diagnózy k 7. dni hospitalizace – 4. pooperačnímu dni

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila po příchodu pacienta z chirurgické JIP na standardní chirurgické oddělení 7. den hospitalizace – 4. pooperační den (5. 12. 2009 v 9 hodin a 45 minut). K vyhodnocení došlo následujícího dne. Pořadí a naléhavost ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila na základě pozorování a po dohodě s pacientem. Nejprve uvádím přehled ošetrovatelských diagnóz, dále jsou podrobně rozpracovány krátkodobé cíle, plány, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče. Krátkodobý plán péče jsem stanovila na 24 hodin.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem

Porušení kožní integrity v souvislosti s operačním výkonem

3. Nedostatečná informovanost v souvislosti s novými stravovacími návyky a následnou léčbou
4. Porucha spánku z důvodu hospitalizace (rušné prostředí na odd., bolesti v místě operační rány)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivního vstupu
2. Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti se sníženým pohybem po operaci

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazeny podle priorit pacienta. Jsou stanoveny ke 4. pooperačnímu dni - 7. dni hospitalizace – 5. 12. 2009, v 9:45 hodin. Vyhodnocení bylo provedeno následujícího dne 6. 12. 2009.

1.

Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem

Cíl: - pacient pociťuje ústup bolesti dle Vizuální analogové škály od 0 – 10 na číslo 1 do 30 minut po podání analgetik

Plán ošetřovatelské péče:

- zhodnotit intenzitu bolesti na analogické stupnici od 0 – 10, typ a trvání
- sledovat verbální a nonverbální projevy bolesti (mimika a výraz obličeje)
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin 5 ml do 100 ml FR)
- sledovat a zaznamenávat účinek léčby analgetik a jakoukoliv změnu hlásit lékaři
- kontrolovat bolest po 30 minutách, následně po 1 hodině
- pravidelně provádět hodnocení bolesti (lokalizace, charakter bolesti, vyvolávající faktory)
- naučit pacienta správně vstávat z lůžka (držet si operační ránu, otočit se na bok, obě nohy spustit z lůžka, současně se opřít o loket a dostat se do sedu a pak do stoje)
- naučit pacienta správně odkašlávat a dýchat

Realizace ošetřovatelského plánu: Pacient i 4. pooperační den trpěl bolestmi v operační ráně na břiše. Na analogické stupnici bolesti od 0 – 10 udával intenzitu číslo 3, což je mírná bolest. Bolest byla charakteru tupá a bodavá. V 10 hodin a 15 minut jsem podala panu S. Novalgin 5 ml + 100 ml FR i.v. v infuzi. Po třiceti minutách jsem kontrolovala, zda došlo k ústupu bolesti. Pacient přehodnotil intenzitu na číslo 1. Pacienta jsem poučila o nutnosti včas signalizovat bolest větší než 2, při silné bolesti je účinek analgetik pozvolnější. Nemocného jsem seznámila s tím, jakým způsobem se má otáčet na lůžku a jak z něj vstávat (přidržit si operační ránu, otočit se na bok, obě nohy spustit z lůžka, současně se opřít o loket a dostat se do sedu a pak do stoje). Velmi důležité je správné odkašlávání a dýchání, aby docházelo ke správné ventilaci plic. Při kašlání je potřeba si držet operační ránu, aby se zmírnila bolest. Úlevovou polohu zaujímal na boku s pokrčenými dolními končetinami. Polohu mu pomáhalo udržet polohovací lůžko. Bolest se zvládla pomocí analgetik a úlevové polohy.

Hodnocení: Intenzita bolesti byla kontrolována napřed po třiceti minutách, pak po jedné hodině. Bolest se zmírnila, z intenzity číslo tři v analogické škále od 0 – 10, na číslo jedna po aplikaci analgetik. Pacient věděl jak vstávat z lůžka a jak se na něm otáčet. Cíl splněn.

2. *Porušení kožní integrity v souvislosti s operačním výkonem*

Cíl: - operační rána se hojí per primam

- včasné rozpoznání známek infekce v okolí operační rány

Plán ošetrovatelské péče:

- dodržovat aseptické postupy při převazu operační rány
- převazy provádět 1x denně, dle ordinace lékaře
- monitorovat operační ránu – stav, vzhled (zarudnutí, sekrece)
- sledovat laboratorní výsledky, TT 2x denně
- pravidelně podávat ATB dle ordinace lékaře a kontrolovat nežádoucí účinky
- při každé manipulaci s pacientem si umýt ruce
- udržovat operační ránu v čistotě a v suchu

Realizace ošetrovatelského plánu: Ráno jsem pacientovi naměřila tělesnou teplotu 36,6 °C ani během dne neměl teplotu. Provedla jsem aseptický převaz rány (odstranění krytí, dezinfekce roztokem Betadine, suché sterilní krytí). Rána nevykazovala známky zánětu, byla klidná, bez sekrece. Vše jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. Pravidelně po 8 hodinách jsem podávala pacientovi léky dle ordinace lékaře Unasyn 1,5 mg i.v., Metronidazol 500 mg i.v. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Při každé aplikaci léků jsem dodržovala aseptickou aplikaci. U pacienta se neobjevily žádné nežádoucí projevy u ATB. Nemocný se snažil udržovat operační ránu v suchu a čistotě.

Hodnocení: Operační rána nevykazovala známky zánětu, hojila se per primam. Pacient dostával v pravidelných intervalech ATB a nevyskytly se nežádoucí účinky. Cíl splněn.

3. *Nedostatečná informovanost v souvislosti s novými stravovacími návyky a následnou léčbou*

Cíl: - pacient má dostatečné informace o následné terapii a životosprávě

- pacient informacím rozumí

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit v jakém rozsahu je pacient informován
- zajistit pacientovi informační letáky o nemoci, terapii a životosprávě
- zjistit, zda bude chtít být také informována manželka
- zajistit konzultaci s lékařem
- povzbudit pacienta k otázkám
- používat slovní zásobu, které pacient rozumí
- poskytnout časový prostor na dotazy
- udržovat oční kontakt během podávání informací

Realizace ošetrovatelského plánu: Při rozhovoru s pacientem jsem zjistila, že není dostatečně informován o své nemoci, měl mnoho otázek. Slíbila jsem mu, že požádám lékaře, aby si s ním promluvil a zeptal se ho, co by chtěl vědět. Pan S. chtěl, aby u rozhovoru byla také manželka. Poprosila jsem lékaře, zda by mohl informovat pacienta i jeho manželku o chorobě a následné terapii. Řekla jsem mu, že manželka pana S. přijde odpoledne na návštěvu. Lékař přislíbil, že si s oběma promluví. Odpoledne opravdu lékař zašel za pacientem a jeho manželkou, aby s nimi probral veškeré dotazy. Po obědě jsem si vzala pana S. na jídelnu a vysvětlila jsem mu, jak by se měl po operaci stravovat, až ho propustí domů. Dala jsem mu dva informační letáky, na kterých byla vhodná a nevhodná strava, sestavený týdenní jídelníček na ukázkou a doporučené pití. (viz kapitola 3. 5 Edukace) Po operaci mu životosprávu také vysvětlila nutriční terapeutka.

Hodnocení: Pacient projevil zájem o informace. Byl rád, že mu lékař vše znovu vysvětlil. Pacient byl klidnější, ale stále na něm bylo vidět, že má obavy z chemoterapie. Dietu pochopil a slíbil, že bude dodržovat zdravou výživu. Cíl částečně splněn.

4. Porucha spánku z důvodu hospitalizace (rušné prostředí na odd., bolesti v místě operační rány)

Cíl: - pacient se bude po probuzení cítit odpočatý

- pacient bude mít kvalitní spánek celou noc (22:00 – 6:00)

Plán ošetrovatelské péče:

- všímat si hluku a osvětlení na oddělení a snažit se eliminovat tyto zdroje
- vyvětrat pokoj před spaním
- ustlat lůžko před spaním
- zjistit návyky pacienta před spánkem

- podat analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin 5ml)

Realizace ošetrovatelského plánu: Při rozhovoru s pacientem jsem se dozvěděla, že se na chirurgické JIP moc nevyspal, vadil mu hluk z přístrojů. V den překladi na standardní oddělení jsem se domluvila se sestrou, která přišla na noční službu, aby ustlala panu S. lůžko před spaním, vyvětrala pokoj a veškerý hluk na oddělení, aby se snažila eliminovat. Sestra mi slíbila, že tak udělá. Ráno jsem se pacienta zeptala, jak se vyspal. Odpověděl, že dobře, spal od 23:15 – 5:00 a cítí se odpočatý. Při předávání ranní služby mi sestra řekla, že večer pacientům vyvětrala pokoje a ustlala lůžka, a že pan S. udával ve 22:00 bolest operační rány na č. 2, ale léky na bolest odmítl.

Hodnocení: Pacient se cítil odpočatý, spal od 23:15 – 5:00 hodin, intenzitu bolesti udával na č. 2, ale léky na bolest nevyžadoval.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. *Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivního vstupu*

Cíl: - u pacienta nevznikne infekce během dnů mého ošetřování

- sestra včas rozpozná místní známky infekce (zarudnutí, otok, bolestivost...)

Plán ošetřovatelské péče:

- sledovat tělesnou teplotu 2x denně
- pravidelně provádět převaz flexily za aseptických podmínek
- všimnout si změn v okolí invazivního vstupu
- umýt si ruce při každé manipulaci s pacientem
- udržovat místo vpichu v suchu a čistotě
- kontrolovat místo vstupu kanyly 2x denně, v případě znečištění vyměnit krycí fólii
- pravidelně kontrolovat funkčnost kanyly
- při aplikaci ATB dodržovat zásady sterilní aplikace
- zvýšené teploty hlásit lékaři
- sledovat celkový stav

Realizace ošetřovatelského plánu: Ráno jsem pacientovi změřila tělesnou teplotu 36,6 °C a ani během dne neměl teplotu. Zkontrolovala jsem periferní kanylu, vyměnila sterilní krytí, místo vpichu a okolí nevykazovalo známky zánětu. Pravidelně v určitém časovém intervalu jsem podávala pacientovi léky dle ordinace lékaře Unasyn 1,5 mg i.v., Metronidazol 500 mg i.v.. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Kanyla byla funkční, průchodná. Při každé aplikaci ATB jsem dodržovala aseptickou aplikaci. Pacient se snažil udržovat PHK, kde byla zavedena kanyla v suchu a čistotě.

Hodnocení: Periferní kanyla plně funkční, místo vpichu a okolí bez známek zánětu. Cíl splněn.

2. ***Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti se sníženým pohybem po operaci***

Cíl: - u pacienta budou včas rozpoznány příznaky tromboembolické nemoci

- pacient zná projevy a prevenci TEN

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelně aplikovat Clexane 0,4 ml s.c. po 24 hodinách dle ordinace lékaře
- kontrolovat nežádoucí účinky antikoagulancií (krvácení)
- poučit pacienta o nutnosti nošení elastických punčoch
- zdůraznit správné nasazování a nošení elastických punčoch
- poučit pacienta o nutnosti rehabilitace v lůžku (plantární a dorzální flexe, prošlapávání v lůžku)

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacientovi jsem vysvětlila nutnost nošení elastických punčoch, protože stlačují končetinu, zvyšují průtok krve a návratný tlak, čímž nedochází ke stagnaci. Svlékal si je pouze při hygieně a pak si je hned správně nasadil. Zkontrolovala jsem natažení punčoch. V osm hodin jsem pacientovi aplikovala Clexane 0,4 ml s.c.. Poučila jsem ho, aby jakékoli krvácení nahlásil. Rehabilitační pracovnice s panem S. pravidelně cvičily 2x denně. Rehabilitace byla zaměřená na vstávání z lůžka, vertikalizaci a chůzi po pokoji. Pak následovalo cvičení dolních a horních končetin, zaměřené na posilování svalů (stahování a povolování svalů). Pacientovi jsem zdůraznila nutnost cvičení v lůžku během dne (prošlapávání špiček nohou). Okolo desáté hodiny jsem se byla s panem S. projít po oddělení. Chůze mu nedělala problémy, jen ho pobolívala operační rána. Poté se pacient vrátil do lůžka a odpočíval. Poučila jsem ho o dostatečné hydrataci, a o tom, že základním opatřením v prevenci tromboembolické nemoci je včasná mobilizace a aplikace nízkomolekulárních heparinů.

Hodnocení: U pacienta se neobjevily žádné nežádoucí projevy antikoagulační terapie a neobjevily se příznaky TEN. Bandáže byly funkční. Pana S. jsem poučila, jak pozná příznaky TEN, které mi následně zopakoval. Cíl splněn.

DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

V dlouhodobém ošetrovatelském plánu od 5. pooperačního dne až do konce hospitalizace jsem se věnovala řešení stejných problémů. Dále jsem se zaměřila na psychosociální stav a edukaci pacienta před propuštěním do domácího léčení.

Pacient byl seznámen s analogickou škálou bolesti od 0 – 10. Žádná bolest 0 a nesnesitelná (největší) 10. Kontrolními otázkami jsem si ověřila, zda této škále rozumí. 5. pooperační den udával intenzitu bolesti na číslo 2 – 3, což je mírná bolest, která se zhoršovala při pohybu a byla charakteru tupá a stálá. V 8 hodin 35 minut jsem pacientovi aplikovala Novalgin 5 ml i.v. dle ordinace lékaře. Po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1. 6. pooperační den pan S. chodí po oddělení, při pohybu je bolest mírná, na analogické škále udává číslo 1 – 2. Léky na bolest odmítá. 7. pooperační den byla intenzita bolesti číslo 2. Pacient chtěl analgetika. Aplikovala jsem mu Novalgin 5 ml i.v. v 9 hodin a 10 minut. Po 30 minutách bolest zcela vymizela. 8. a 9. pooperační den se pacient cítí dobře, intenzita bolesti se pohybuje na čísle 1 – 2, ale analgetika odmítá.

Operační rána nevykazovala známky infekce. Celou dobu se hojila per primam. Prováděla jsem pravidelně 1x za den převaz za přísně aseptických podmínek. 5. pooperační den drobná rána po drénu mírně sákla, sterilně jsem jí překryla. 6. a 7. pooperační den rána klidná, bez sekrece, proto 8. pooperační den ponechána bez krytí, jen postříkána tekutým obvazem dle ordinace lékaře. Pacient odcházel domů s ponechanými stehy, které mu odstraní na chirurgické ambulanci v místě bydliště.

Periferní kanyla zavedena kvůli aplikaci i.v. léčiv. 6. pooperační den kanyla z PHK vyndána. Místo vpichu a okolí bez známek zánětu. Zavedena nová do LHK na zápěstí. Funkčnost kanyly jsem kontrolovala 2x denně. Dle potřeby jsem přelepila novou sterilní krycí fólii. 8. pooperační den flexila na levé horní končetině vyndána, místo vpichu a okolí nevykazovalo známky zánětu. ATB byla podávána do 6. pooperačního dne.

Jako prevence TEN jsem pravidelně aplikovala Clexane 0,4 ml s.c. po 24 hodinách v 8 hodin do 8. pooperačního dne, také do té doby měl natažené elastické punčochy.

Pan S. byl 9. poop. den propuštěn domu v dobrém psychickém stavu, dopoledne si pro něj přijela manželka. Oba byli řádně poučeni např. o stravovacím režimu, péči o ránu, jak dlouho dodržovat klidový režim.... Do tří dnů by měl pan S. navštívit svého praktického lékaře a RTO v Českých Budějovicích k domluvě chemoterapie a radioterapie.

1. Bolest v souvislosti s operačním výkonem

Cíl: - pacient by měl být pokud možno bez bolesti. Pokud se bolest objeví, neměla by překročit intenzitu číslo 4 na analogické stupnici od 0 – 10.

- nemocný pociťuje ústup bolesti v analogické stupnici od 0 – 10 na číslo 1 do 30 minut po aplikaci analgetik

Realizace ošetrovatelského plánu: 5. pooperačního dne byla intenzita bolesti na čísle 2 – 3, což je mírná bolest, která se zhoršovala při pohybu a byla charakteru tupá a stálá. V 8 hodin 35 minut jsem pacientovi aplikovala Novalgin 5 ml i.v. dle ordinace lékaře. Po 30 minutách bolest ustoupila na číslo 1. 6. pooperační den pan S. chodí po oddělení, při pohybu je bolest mírná, na analogické škále udává číslo 1 – 2. Léky na bolest odmítá. 7. pooperační den byla intenzita bolesti číslo 2. Pacient chtěl analgetika. Aplikovala jsem panu S. Novalgin 5 ml i.v. v 9 hodin a 10 minut. Po 30 minutách bolest zcela ustoupila. 8. a 9. pooperační den se pacient cítí dobře, intenzita bolesti se pohybuje na čísle 1 – 2, ale analgetika odmítá. Všechny analgetika jsem podávala za aseptických podmínek a vše jsem zaznamenala do dokumentace. Pacient dodržoval zásady správného vstávání z lůžka (přidržívat si operační ránu, otočit se na bok, obě nohy z lůžka, současně se opřít o loket a dostat se do sedu a pak do stoje). Vždy při kašli si přidržel operační ránu.

Hodnocení: Pacient neměl od 5. pooperačního dne do propuštění bolesti větší než 4 na analogické škále od 0 – 10. Dlouhodobý plán splněn.

2. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže (operační rána, periferní kanyla)

Cíl: sestra u pacienta včas rozpozná místní známky infekce (zarudnutí, otok, bolestivost...) a bude na ně včas reagováno

Realizace ošetrovatelského plánu: Pravidelně jsem prováděla aseptické převazy operační rány dle ordinace lékaře 1x denně (odstranění krytí, dezinfekce roztokem Betadine, sterilní krytí). Od 8. pooperačního dne se rána ponechala bez krytí, odezinfikovala jsem operační ránu a postříkala tekutým obvazem. Pacientovi jsem doporučila, aby prováděl pravidelně hygienu operační rány vlažnou vodou bez používání mýdel. Rána nevykazovala známky zánětu. 6. pooperační den jsem odstranila periferní kanylu na pravé horní končetině, místo vpichu a okolí nevykazovalo známky zánětu. Zavedla jsem novou periferní kanylu do levé horní končetiny. Na podporu hojení jsem pacientovy do 6. pooperačního dne aplikovala (Unasyn

1,5 mg i.v. po 8 hodinách a Metronidazol 500 mg i.v. po 12 hodinách). Po aplikaci jsem vždy provedla záznam do dokumentace. Pravidelně jsem sledovala nežádoucí projevy ATB (vyrážka, svědění, nauzea, zvracení).

Hodnocení: Pacient do propuštění do domácího léčení nevykazoval známky infekce v operační ráně ani v místě zavedení periferní kanyly. Dlouhodobý plán splněn.

3. *Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti se sníženým pohybem po operaci*

Cíl: - u pacienta budou včas rozpoznány příznaky tromboembolické nemoci

- pacient zná projevy a prevenci TEN

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacienta jsem během dne nabádala ke cvičení v lůžku (plantární a dorzální flexe). Pana S. jsem poučila o nutnosti nošení elastických punčoch, že nesmí bez nich vstávat z lůžka. Aplikovala jsem Clexane 0,4 ml po 24 hodinách v 8 hodin a sledovala nežádoucí účinky antikoagulancií. 8. pooperační den jsem pacientovi naposledy aplikovala Clexane 0,4 ml v 8 hodin. Pacienta jsem začala více aktivizovat. Postupně, kdy se hojila operační rána, a zmírňovaly se bolesti, pan S. opouštěl častěji lůžko. Od 8. pooperačního dne také nemusel nosit elastické punčochy. Pacient chodil po oddělení a odpoledne s manželkou občas zašel do kantýny na čaj.

Hodnocení: Pacient neměl příznaky TEN ani nežádoucí účinky po aplikaci antikoagulancií.

3. 6 Psychosociální problematika

Úvodem bych chtěla zmínit, že pan S. dříve vážněji nestonal. Ve 13-ti letech si zlomil zápěstí na levé horní končetině. Do hospitalizace vedl aktivní život, každý den chodil do zaměstnání. Pracuje jako zedník OSVČ. O víkendech chodil s rodinou a se psem na procházky. Bydlí v rodinném domě a velkou oporou je pro něj manželka.

Nemoc znamená pro člověka změnu běžného životního rytmu, který je způsobený nejen hospitalizací, ale i pocity slabosti, úzkosti, bolesti a deprese. V nemocnici přichází pacient do kontaktu s novými lidmi např. se sestrami a lékaři, s ostatními pacienty...

Onemocnění je pro většinu lidí náročnou životní situací. Člověk musí řešit problémy, které jsou pro něho nové nebo tak složité, že není schopen je sám bez pomoci vyřešit. Začne být frustrován a deprimován v důsledku nedosáhnutí cíle. Nemocí se mění chování a hospitalizací se tato změna ještě zvýrazní. Onemocnění postihuje také ostatní rodinné příslušníky. Od pacienta se očekává, že se bude snažit nepoddát se nemoci. Reakce jednotlivých lidí na těžkou nemoc a umírání popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová.

Fáze podle Kübler-Rosové

1. Negace – šok, popírání
3. Agrese – hněv, vzpoura
4. Smlouvání – vyjednávání
5. Deprese – smutek
6. Smíření - souhlas

Tyto fáze jsou seřazeny, tak jak většinou přicházejí za sebou, ale musíme si uvědomit, že každý člověk je jiný a může docházet k tomu, že některá z fází se může opakovaně vracet a některá chybět. Fáze se různě prolínají a procházejí jimi i pacientovi příbuzní.

Zjištění onkologické diagnózy je faktem, s nímž se musí pacient vyrovnat. Jde přitom nejen o přijetí tohoto faktu, ale i o zvládnutí toho, co přichází po stanovení diagnózy. Onkologická terapie přináší s sebou řadu problémů. Chirurgická, radiační a chemoterapeutická léčba má řadu nepříznivých vedlejších projevů. I s těmi se musí pacient vyrovnat. (10), (21),

Pan S. F. je částečně smířený se svou diagnózou, bojí se léčby, která bude následovat, hlavně chemoterapie. Pacient si přál mluvit s lékařem, aby u toho byla i jeho manželka. Lékař souhlasil a domluvil se na setkání, při kterém panu S. a jeho manželce bylo znovu vše vysvětleno, ale obavy stále přetrvávají. Je si vědom toho, že si své onemocnění částečně zavinil sám nesprávnou životosprávou, stresem a životním stylem. Po propuštění z nemocnice by chtěl svou životosprávu změnit. Rád by chodil na teplé obědy i během týdne, ne jen o víkendu. Při rozhovoru, kdy se bavíme o nemoci je smutný, ale jak přejde řeč na rodinu či zaměstnání, převažují kladné emoce. Tato diagnóza ho hodně zaskočila, neboť si myslel, že tahle nemoc postihuje starší lidi. Sám nebyl nikdy vážně nemocen. Velkou oporou je pro něj manželka, která za ním pravidelně dochází na návštěvy. Těší se domů, až uvidí své děti a znovu se vrátí do zaměstnání, které má rád.

3. 7 Edukace nemocného před propuštěním do domácího léčení

Vzhledem k příčině onemocnění, jsem zaměřila svou edukaci na zdravý způsob života, hlavně na životosprávu. Důležité je poučit pacienta, podat mu dostatečné informace, aby věděl jak se doma stravovat, co smí jíst a co naopak ne. Edukovaný pacient lépe spolupracuje a zvládá pooperační období. Před onemocněním se pan S. stravoval nezdravě. Každý den v týdnu měl k obědu rohlíky se salámem nebo jinými uzeninami. Jedl nepravidelně. Bez ohledu, v kolik se večer vrátil, si dal večeři. Stejně tak tomu bylo i o víkendech. Nedbal na celkovou skladbu stravy, jednotlivé živiny a následný vliv na organismus. Po obědě jsem si vzala pana S. na jídelnu, kde jsme byli sami, a nikdo nás nerušil. Vysvětlila jsem mu, jak by se měl po operaci stravovat, až ho propustí domů. Pacientovi jsem vysvětlila důležitost pestrého jídelníčku, protože základním pravidlem pro udržování rovnováhy přijímaných živin je pestrá strava, ve které jsou zastoupeny všechny základní živiny – vitamíny, bílkoviny, sacharidy, tuky, minerální látky, vláknina a stopové prvky. Vedle celkového množství konzumování potravy záleží i na podílu jejich jednotlivých složek. Doporučuje se průměrný podíl bílkovin 10 – 15%, sacharidů 55 – 60% a tuků 30%. Živočišné tuky by měly být nahrazeny rostlinnými v poměru 1 : 2. Doporučila jsem pacientovi, aby jedl hodně vlákniny, která je obsažena v zelenině, ovoci, otrubách a luštěninách. Je velmi důležitá, protože urychluje průchod odpadních látek střevem, váže na sebe některé zplodiny (zkrátí tím dobu kontaktu škodlivých látek včetně karcinogenů se stěnou střevní). Dále čerstvé ovoce a zeleninu, obsahují vlákninu, vitamíny a minerály. Doporučené množství: 4 – 5 porcí zeleniny, 3 – 4 porce ovoce. Svůj oblíbený oběd, rohlíky s uzeninami, by měl nahradit například těstovinami, rýží, brambory s kuřecím, telecím, hovězím, králičím, krůtím masem v různé kombinaci. Jednou týdně by si měl dát rybí maso. Z pečiva se zaměřit pouze na celozrnné výrobky. Velmi vhodné jsou také jogurty, kefíry s probiotickou kulturou. Sladká jídla je vhodné nahradit čerstvým ovocem. Nezbytnou složkou výživy je dostatečný pitný režim. Doporučuje se denně vypít 2 – 3 litry tekutin. Vhodné je pít slabé čaje, ovocné šťávy a stolní minerálky. Nedoporučují se příliš sladké a kyselé nápoje, silná černá káva a hlavně alkohol. Velký význam je i v přípravě stravy, která má být co nejrychlejší (omezit smažení, grilování a pečení, lepší je vaření a dušení). Jídla by se neměla opakovaně ohřívat.

Na závěr jsem pacientovi dala dva informační letáky, kde byla rozepsána vhodná a nevhodná strava a na ukázkou sestavený týdenní jídelníček a doporučené pití. Pacient by chtěl vhodnou stravu dodržovat, ale říká, že důležité bude, zda mu ji manželka uvaří. (20)

4. Závěr

Cílem této práce je zpracování případové studie u 40-ti letého pacienta, u kterého byla provedena resekce rektosigmoidea pro karcinom rekta. V klinické části je věnována pozornost problematice nádorů tlustého střeva a rekta, klinickému obrazu, diagnostice, prevenci a průběhu hospitalizace pacienta.

V ošetrovatelské části se zaměřuji na ošetrovatelský proces, který probíhá v pěti fázích: shromažďování údajů, stanovení ošetrovatelských diagnóz, stanovení cílů, realizace ošetrovatelských intervencí a zhodnocení efektu poskytované péče. Pro svou práci jsem si vybrala „Model funkčního zdraví Marjory Gordonové“. Podle tohoto modelu můžeme zhodnotit zdravotní stav u zdravého i nemocného člověka. Pacient byl hospitalizován na chirurgickém oddělení 12 dní. Operační den byl 3. den hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na 4. pooperační den, kdy byl pacient přeložen z chirurgické JIP na standardní chirurgické oddělení. Sestra by měla mít dostatek praktických a psychosociálních zkušeností a znalostí v edukaci. Důležitá pro pacienta bude podpora rodiny, která by mu měla pomoci se s touto situací vyrovnat. Rodinné zázemí pana S. je velmi dobré.

Prognóza závisí na rozsahu nádoru, jeho lokalizaci a generalizaci. Také ji ovlivňuje věk a celkový stav pacienta. Přibližně polovina pacientů přežívá 5 let po radikálním výkonu.

Práci uzavírám přehledem použitých zkratk, seznamem odborné literatury a přílohami.

Abecední seznam použitých zkratk

a. – arterie
AA – alergická anamnéza
ALP – alkalická fosfatáza
ALT – alaninaminotransferáza
amp – ampule
aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test
AST – aspartátaminotransferáza

ATB – antibiotika
BMI – Body mass index
°C - stupně Celsia
ca – karcinom
CEA – karcinoembryonální antigen
CNS – centrální nervová soustava
CT – computed tomography
ČR – Česká republika
D – dech
DNA - deoxyribonukleová kyselina
EKG – elektrokardiografie
Ery – erytrocyty
FF – fyziologické funkce
fl - femtolitr
FR – fyziologický roztok
FW – sedimentace
GIT – gastrointestinální trakt
GMT – glutamyltransferáza
Hb – hemoglobin
INR – International Normalization Ratio
IM – infarkt myokardu
i.m. – intramuskulárně
i.v. – intravenózně
JIP – jednotka intenzivní péče
KO – krevní obraz

KRK – kolorektální karcinom
LHK – levá horní končetina
m. – musculus
MR – magnetická rezonance
např. – například
NGS – nasogastrická sonda
NJS – nasojejunální sonda
O₂ – kyslík
odd. – oddělení
OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná
P – puls
popř. – popřípadě
poop. – pooperační
PHK – pravá horní končetina
PMK – permanentní močový katétr
pTNM – patologický tumor, nodus, metastáza
PŽK – periferní žilní katétr
Quick – tromboplastinový čas
RTG – rentgenové vyšetření
RTG S+P – rentgenové vyšetření srdce a plic
s.c. – subkutánně
SpO₂ – saturace kyslíku v krvi
tbl – tablety
TEN – tromboembolická nemoc
TK – tlak krve
TT – tělesná teplota
TNM – tumor, nodus, metastáza
TV – televizor
tzv. – takzvaně
UGS - ultrasonografie
ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice

Seznam použité literatury

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., KOPTÍKOVÁ, J.: *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6
2. ČIHÁK, R., GRIM, M.: *Anatomie 2*. 2. vyd., Praha, Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X
3. DYLEVSKÝ, I.: *Systematická topografická a klinická anatomie*. 1. vyd., Praha, Karolinum, 1995. 168 s. ISBN 80-7184-112-9
4. GRIM, M., DRUGA, R.: *Základy anatomie – 3. trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. 1. vyd., Galén, 2005. 163.s. ISBN 80-7262-302-8
5. HOCH, J.: *Akutní chirurgie tlustého střeva*. Praha, Maxdorf, 1998. 184 s. ISBN 80-85800-85-3
6. HOLUBEC, L., FÍNEK, J.: *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1.vyd., Praha, Grada Publishing, 2004, 194 s. ISBN 80-247-0636-9
7. HORÁK, L., SKŘIČKA, T.: *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. 1.vyd., H. Králové, Čermáková. O., 2008 180 s. ISBN 978-80-247-1079-2
8. JABLONSKÁ, M. et.al.: *Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2000. 464 s. ISBN 80-7169-777-X
9. KLENER, P.: *Vnitřní lékařství*. 1. vyd., Praha, Galén, Karolinum, 1999. 949 s. ISBN 80-7262-007-X (Galén), ISBN 80-7184-853-0 (Karolinum)
10. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
11. NEJEDLÁ, M.: *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1150-8
12. PACOVSKÝ, V.: *Vnitřní lékařství*. Praha, Osvěta, 1993. 839 s. ISBN 80-217-0558-2
13. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
14. POCHYLÁ, K.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetrovatelství, základní terminologie*. 2. vyd., Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8
15. ROKYTA, R.: *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. Praha, ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5
16. SKALICKÁ, H. et. al.: *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2

17. STAŇKOVÁ, M.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd., Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
18. STAŇKOVÁ, M.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd., Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
19. STAŇKOVÁ, M.: *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha, Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5
20. STRATIL, P.: *ABC zdravé výživy díl II*. Brno, Stratil, O., 1993. 213 s. ISBN 80-900029-8-6
21. SVATOŠOVÁ, M., PINKAVA, J.: *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2
22. ŠVÁB, J.: *Operace tlustého střeva*. 1. vyd., Praha, Triton, 2000. 197 s. ISBN 80-7254-122-6
23. TROJAN, S., LANGMEIER, M.: *Lékařská fyziologie*. 4. vyd., Praha, Grada Publishing, 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5
24. VYZULA, R., ŽALOUDEK, J.: *Rakovina tlustého střeva a konečníku – vybrané kapitoly*. Praha, Maxdorf, 2007. 374 s. ISBN 978-80-7345-140-0
25. www.lekarna.cz (1.10.2006)

Přehled tabulek:

Tabulka č. 1 - Incidence KRK v jednotlivých věkových kategoriích ve srovnání s ostatními nádorovými lokalizacemi

Tabulka č. 2 - Doporučená vyšetření a intervaly kontrol pooperačního sledování pacientů s KRK

Tabulka č. 3 – Laboratorní vyšetření – biochemický soubor

Tabulka č. 4 – Laboratorní vyšetření – krevní obraz

Tabulka č. 5 – Laboratorní vyšetření – koagulační vyšetření

Tabulka č. 6 – Farmakoterapie

Tabulka č. 7 - Laboratorní výsledky ze dne 5. 12. 2009, 4. pooperačního dne – 7. dne hospitalizace, odebrané v 6 hodin 35 minut na CHIR-JIP

Tabulka č. 8 – Přehled údajů o nemocném

Přílohy:

Příloha č. 1 - Arteriální zásobení rekta (JABLONSKÁ, M. et.al.: *Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence*, str. 106)

Příloha č. 2 - Odvod žilní krve z rekta (JABLONSKÁ, M. et.al.: *Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence*, str. 106)

Příloha č. 3 – Anatomie konečníku (JABLONSKÁ, M. et.al.: *Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence*, str. 105)

Příloha č. 4 – Arteriální zásobení tlustého střeva (JABLONSKÁ, M. et.al.: *Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence*, str. 104)

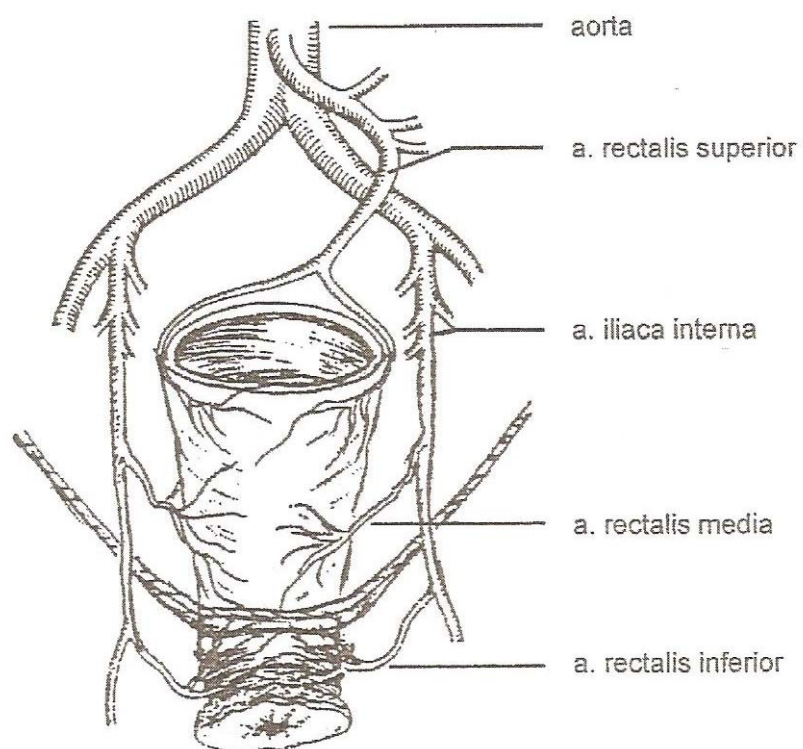
Příloha č. 5 – Ošetřovatelský záznam

Příloha č. 6 – Souhlas s použitím ošetřovatelské anamnézy

Příloha č. 7 – Ošetřovatelská anamnéza

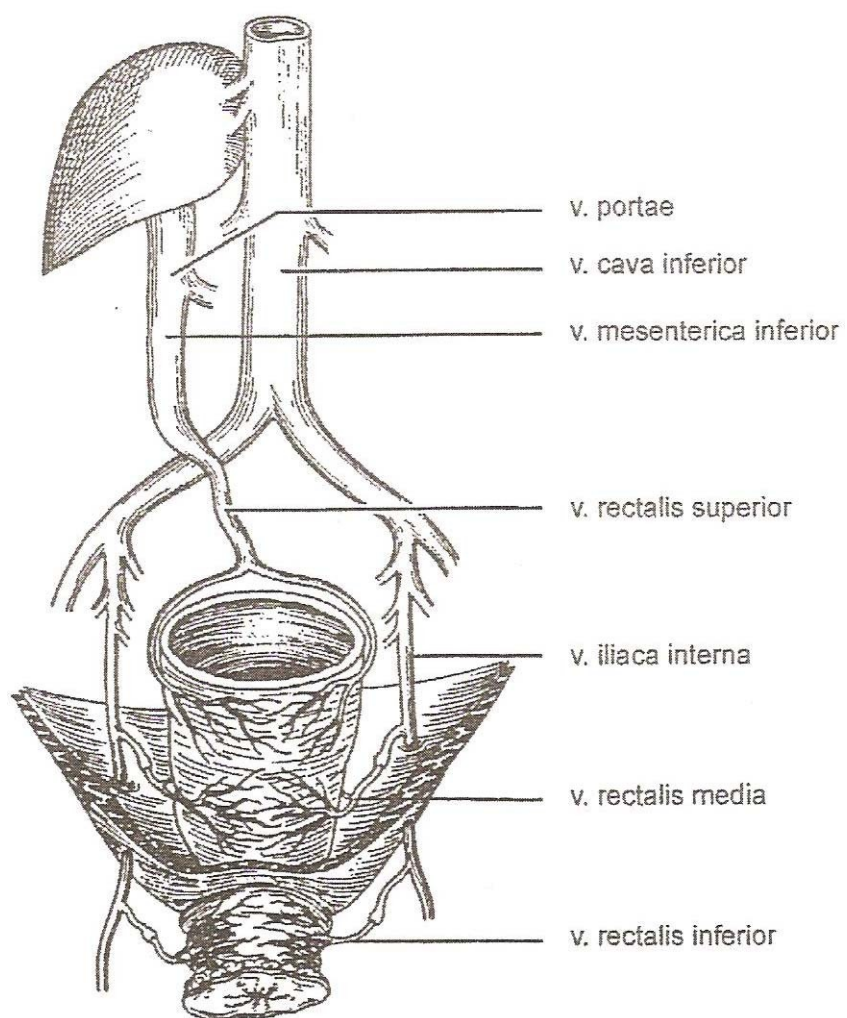
Příložené datové DVD, které obsahuje v elektronické podobě text bakalářské práce ve formátu doc.

Příloha č. 1



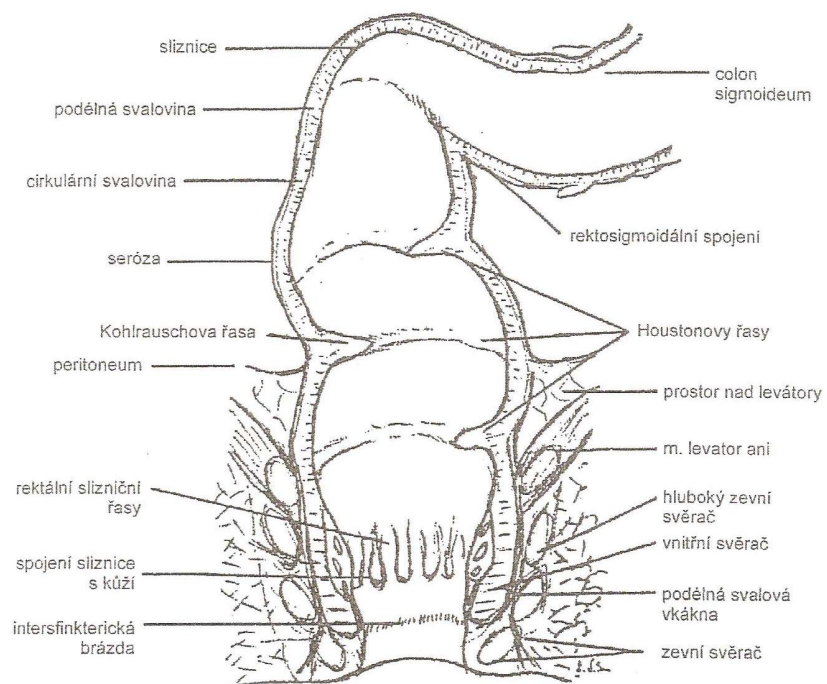
Arteriální zásobení rekta

Příloha č. 2



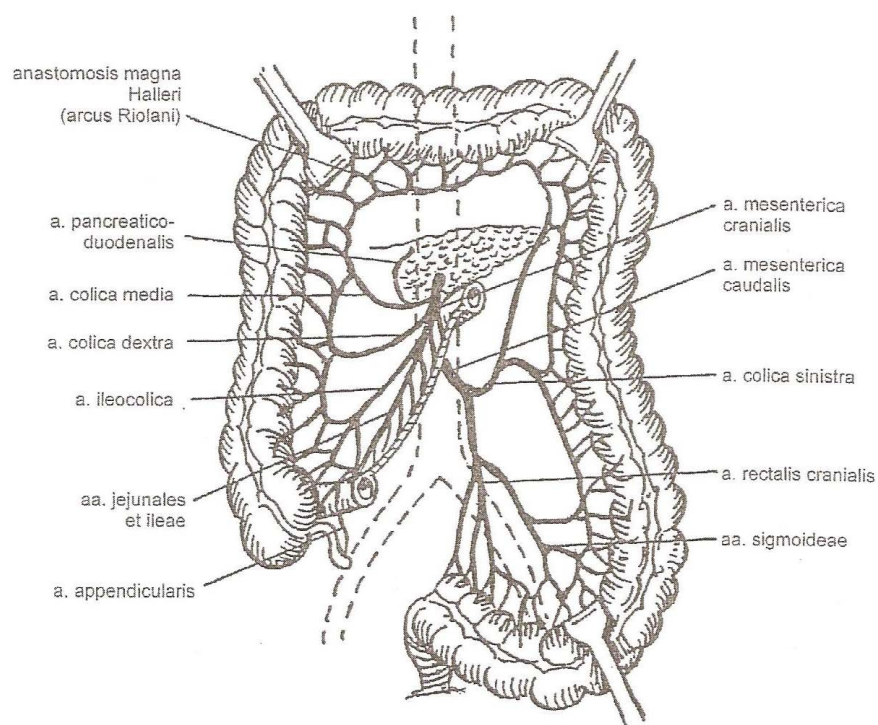
Odvod žilní krve z rekta

Příloha č. 3



Anatomie konečníku

Příloha č. 4



Arteriální zásobení tlustého střeva

Příloha č. 5

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení : S. F.
 Věk : 40 let
 Vyznání :
 Povolání : ZEDNÍK - OSVČ
 Národnost : ČESKÁ
 Osoba, kterou lze kontaktovat : MANŽELKA
 Oslovení : PAN S.
 Datum přijetí : 29.11.2009
 Hlavní důvod přijetí : PLÁNOVANÁ OPERACE PRO CA REKTA
 Datum a kam propuštěn : 10.12.2009 DOMU

Lékařská diagnóza:

1. CA REKTA
- 2.
- 3.
- 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? PACIENT BYL PRAVDIVĚ INFORMOVÁN O SVÉ DIAGNÓZE

Osobní anamnéza : BĚŽNĚ DĚTSKÉ NEHODY, VE 13-17 LETECH SI ZLOMIL ZAPESITÍ NA LHK, NEKURÁČÍ ALKOHOL, POUŽÍVÁ PRŮLEŽITOSTNÍ S PIV 2x TYDEN, KAVU 2x DENNĚ.

Rodinná anamnéza : DĚTI ZDRAVÉ, MATKA ZEMĚLA NA MY V 64 LETECH, OTEC HYPERTONIK, VÍCE NEVÍ.

Vyšetření : ANAMNÉZA, VYŠETŘENÍ ZÁKLADNÍCH FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ, FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ, LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ - KO, BIOCHEMIE

Terapie : DIPIDOLOR 2 ml i.m. po 6 hod. při bolesti, Paracetamol 5 ml do 40 ml PR i.o. po 6 hod. při bolesti, Kinasen 15 g i.o. po 6 hod. 1-16. 24, Meloxicam 500 mg i.o. po 12 hod. 8-20, Quamata 80 mg 1 amp. i.v. 11⁰⁰ po 24 hod. Ciprofloxacin 1 g po 6 hod. 6-12, 18-24, Chloram 0,4 ml a.c. 11⁰⁰ po 24 hod. KONTROLA VÝSTUPU

Důležité informace o stavu nemocného : PACIENTOVÍ BYLA PROVEDENA ZASEKCE REKTOSIGMOIDEA DOUBLE STAPLING. HISTOLOGIE POTVRDILA EXULCEROVANÝ TUBULÁRNĚ USPOŘÁDANÝ, STŘEDNĚ DIFERENCIOVANÝ ADENOKARCINOM TLUSTÉHO STŘEVA, KTERÝ VZPROPUŠTIL PŘES SVÁŽOVINU STĚNY STŘEVNÍ. POUZE V JEDINÉM MÍSTU BYL DROBNÝ NÁDOROVÝ OEP, ZASAHOVJÍCÍ DO PRŮCHODNÝCH ÚSTNÍ SUBSERÓZNÍ TOLIVNĚ TRÁVNÍ

Alergie : jídlo ☒ Ne Ano pokud ano, které.....
 Léky ☒ Ne Ano pokud ano, které.....
 Jiné ☒ Ne Ano pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky :

Je poučen, že je nemá brát Ano ~~Ne~~
Jak je má brát ~~Ano~~ Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada).....
PACIENT PŘI VĚDOMÍ, ORIENTOVAN, ČASEM, MÍSTEM, OSOBU,
KLIDNÝ, SPOLUPRACUJE, V DOBRÉ NÁLADĚ

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)
PACIENT BYDLÍ SE SVOU MANŽELKOU, DĚTI A SE PSEM V RODINNÉM DOMĚ
DCER JE 14 LET A SYNŮV 10 LET. RODINNÉ TROUBLEMY NEBÝVÁ
PRAČUJE JARO ZEDNÍK - OSVČ. MANŽELKA PARTNERA NAVŠTĚVUJE KAŽDÝ DEN

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? 3 MĚSÍCE MĚ BOLELO BŘICHO, KONEČNĚ
A MĚL JSEM KREV VE STOLICI. ZA 3 MĚSÍCE JSEM ZHUBL 8 kg. " NEDOSTATEČNÝ
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? " ZPŮSOB STRAVOVÁNÍ A NEDOSTATEČNÝ
POHYB "
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ANO. RÁDU SE
SNÁŽÍM LÉPE DODRŽOVAT PREVENTIVNÍ POSTUPY A ŽIVOTOPRAVU
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? BUDE MI POKRYTNUTA VŠEKRA
PÉČÍ, KTEROU BYCH DOMA NEVLÁDL
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? KAŽDÝ DEN ZA MNOU CHODÍ MANŽELKA
A VÍNAK TO BERU JAKO KUTNOST, ABYCH SE VZDRAVIL
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? ASI TYDEN
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? S MANŽELKOU A S DĚTI
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽELKA A DĚT
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? MYSLÍM SI, ŽE
JSOU VE STRESU, INDUČ TO NA SOBĚ NEDÁVAJÍ ŽNAT
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ANO MANŽELKA
11. Co děláte rád ve volném čase? O VÍKENDECH CHODÍM SE PSEM NA PROCHÁZKY
RÁD SI ČTU A SLEDUJU TV
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? DOBŘE

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ☒ Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte... BOLEST V OPERAČNÍ RANĚ NA BŘEŠE, JE TUPÁ A BODAVÁ
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? ☒ Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte... BOLEST BŘECHA, KONEČNÍKU PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ
- Na čem je bolest závislá? NA POHYBU
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? ZAVOLAL SESTRU
- Došlo po naší léčbě k úlevě? ☒ Úplně ☒ Částečně ☒ Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? DOSTANU ANALGETIKA

Hodnocení sestry: PACIENT DLE BOLESTI DOSTAVAL ANALGETIKA NOVALGIN 5mg
do 100 ml FR. 1. v. a. v. dle ordinace LÉKÁŘE

b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? ☒ Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte... RUŠILA ME PŘI SPÁNÍ BOLEST A HLUK Z PŘÍSTROJŮ
- Měl jste potíže i doma? ☒ Ano ☒ Ne
- Usínáte obvykle těžko? ☒ Ano ☒ Ne
- Budíte se příliš brzy? ☒ Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? HLUK NA ODDELENÍ
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? NE
- Berete doma léky na spaní? ☒ Ano ☒ Ne
pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? DOMA NE

Hodnocení sestry: PACIENT PŘI PŘIJETÍ Z CHIR. JIP SÉCITIL UNAVENÝ NA BOLEST
DOSTAVAL ANALGETIKA A ODDELENÍ JSME SE SNAZILI UDRŽET V TICHÉ ÚROVNI

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? ☒ Ano ☒ Ne
- Potřebujete pomoc při umytí? ☒ Ano ☒ Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano ☒ Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?.....
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano ☒ Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: PACIENT JE PLNĚ SOBĚSTAČNÝ

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano ☒ Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? ☒ Ano Ne
pokud ano, upřesněte... HŮŘE VIDÍM DO DÁLKY
- Nosíte brýle? ☒ Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? NE

c) sluch

- Slyšíte dobře? ☒ Ano Ne
Pokud ne, užíváte naslouchadlo? ☒ Ano ☒ Ne
Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: PACIENT NOSÍ BRÝLE, PRAVIDELNĚ CHODÍ NA KONTROLY. SE SLUCHEM NEMÁ PROBLÉMY, SLÝŠÍ DOBRĚ

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? ☒ dobrý ☒ vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano ☒ Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? **Ano** **Ne**
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? **Ano** **Ne**
- pokud vyšší (o kolik?).....
- Pokud nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době? **Ano** **Ne**
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul 82g/3mís. přibral.....
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? **Ano** **Ne**
- Co obvykle jíte? .. VEŠKOVINY, ALE TĚD. BUDU MUSET. DODRŽOVAT DIETU
- Je něco, co nejíte?
- Pokud ano, co a proč? .. ŠTENAT - NECHUTNÁ MI
- Máte zvláštní dietu? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, jakou? .. NYNÍ. ANO. JEN TEKUTINY A TEKUTÉ
- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? .. KDYŽ. MT. SI. BUDE
.. HANŽELKA. VADIT. TAK. ANO

Hodnocení sestry: .. PACIENT. VI. ŽE. MUSÍ. NYNÍ. DODRŽOVAT. DIETU.
.. SLIBIL. ŽE. SE. JI. BUDE. SNAŽIT. DRŽET. I. PO. PROPUSTĚNÍ. Z. NEMOCNICE

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil snížil **nezměnil**
- Co rád pijete?
vodu mléko **ovocné šťávy**
kávu **čaj** **nealkoholické nápoje**
- Co nepijete rád?.....
- Kolik tekutin denně vypijete? .. 2 LITRY - 1,5 l. V NEMOCNICI
- Máte k dispozici dostatek tekutin? **Ano** **Ne**

Hodnocení sestry: .. PACIENT. MÁ. DOSTATEČNĚ. NYNÍ. PAC. NA. DIETU. KDE
.. PÍJE. ČAJ. VOLNĚ. PER. OS. A. DIETU. NA. TEKUTOU

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- ALE S KRVÍ*
- Máte obvykle normální stolici *zácpu* *průjem*
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *1x denně*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *ráno*
- Berete projímadlo? pravidelně často *příležitostně* nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to?
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
- Hodnocení sestry: *PAC. PO OP. ZATÍM NA STOLICI NEBYL, PLYNY ODCHÁZEJÍ, MOČÍ SPONTÁNNĚ, BEZ OBŤÍŽÍ NA WC.*

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? Ano Ne
Pokud ano, kolik?
- Hodnocení sestry: *PACIENT PŘED PŘÍCHODEM DO NEMOCNICE NEMĚL PROBLÉMY S DÝCHÁNÍM, ANI TED' NEMA'*

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?
- Svědí Vás kůže?

Ano ☒ Ne
Ano ☒ Ne Někdy

Hodnocení sestry: *PACIENT NEMAJE PROBLEMY S KŮŽÍ*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?

☒ Ano Ne

Pokud ano, co děláte? *JSEM ZEDNÍK*

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?

Ano ☒ Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?

Ano ☒ Ne

Pokud ano, upřesněte.

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?

☒ Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *ČTENÍ KNIŽEK A ČASOPISŮ, SLEDOVÁNÍ TV*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *ŽÁDÁM NE*

Hodnocení sestry: *PACIENT NEMĚL PROBLEMY S POHYBEM, NYNÍ JE SPÍŠE V LŮŽKU, PROTOŽE PŘI POHYBU HO BOLELÍVA OPERAČNÍ RÁNA*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?

☒ Ano Ne

Pokud ano, upřesněte.

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?

Ano Ne

Pokud ano, upřesněte.

Hodnocení sestry:

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *ODBORNÉ UČILIŠTĚ*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?

Ano ☒ Ne

Pokud ano, upřesněte.

- Jak velká je Vaše rodina? *MANŽELKA, 2 DĚTI A PES*

- S kým společně žijete? *S MANŽELKOU, S DĚTMI A SE PSEM*

- Kdo se o Vás může postarat? *MANŽELKA*

Příloha č. 6

ÚVN Praha

Hlavní sestra ÚVN

Mgr. Lenka Gutová, MBA

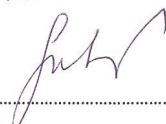
Evropská 1272/5

160 00 Praha - Dejvice

Žádost o možnost použití formuláře ÚVN jako materiál ke své bakalářské práci

- ošetrovatelská anamnéza

V Praze dne 30. 3. 2010



Mgr. Lenka Gutová, MBA



Petra Pokorná

Petra Pokorná

Za lávkou 122

37856 Studená

Studentka 3. LF UK, Všeobecná sestra , 3. ročník

Příloha č. 7

Příjemní: MAN S. F.

Jméno: BĚTRŽALSKOU ALHIVÉZU

R.č.: VSECH HODNOTYLA 4. ZOD. DEN

Ošetrovateľské vyšetření

☐ vstupní ☐ během hospitalizace ☐ při překladu

Oddělení: _____

Příjem

Datum: 29. 11. 2009 hod: 8⁵⁰

Opakované přijetí: ☐ ano ☒ ne

Rodina informována: ☒ ano ☐ ne

Fyziologické hodnoty při přijetí
TK: 140/85 P: 74 TT: 36,5 D: 17

Hypertenze v anamnéze: ☐ ano ☒ ne

Vědomí

☒ při vědomí ☒ bez omezení

☐ porucha vědomí ☐ ztiženy

☐ bezvědomí ☐ nelze navázat

GCS: 15 BODU

Kontakt

☒ bez omezení

Psychický stav

☐ spolupracuje ☐ nespolupracuje

☒ klidný ☐ rozrušený

☒ orientovaný ☐ zmatený

Proved posouzení aktuálního psychického stavu (viz str.2)

Dýchání

Potíže: ☐ ano ☒ ne ☐ UPV

Kuřák: ☐ ano ☒ ne

☐ dušnost: ☐ klidová ☐ cyanoza ☐ námahová

Kašel NE

☐ noční ☐ dráždivý ☐ s expectorací

Spánek

Narušený: ☒ ano ☐ ne

Alergie

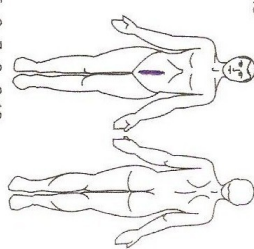
☐ ano ☒ ne

Alergen: _____

Bolest

☒ ano ☐ ne

Lokalizace



Intenzita

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soběstačnost/pohyblivost

Hodnocení stupně závislosti

☐ 0-40 vysoce závislý

☐ 45-60 závislost středního stupně

☐ 65-95 jenká závislost

☒ 96-100 nezávislý

Vyznamný handicap

☒ problémy se zrakem ☒ brýle, čočky

☐ problémy se sluchem ☐ naslouchátko

☐ problémy s řečí ☐ protéza

☐ cizinec ☐ horní

☐ jiné: ☐ dolní

☐ naslouchátko

☐ berle/hůl

☐ vozík

Výživa

Váha / výška: 81 / 162 BMI 24,5

☒ soběstačný

☐ nesoběstačný

☐ parenterální

kanyla zavedena dne: 4. 11. 2009

☐ enterální

sonda zavedena dne: _____

obezita /BMI 30 a výše: ☐ ano ☒ ne

informuji lékaře a volám NT ☐ ano ☒ ne

kontakt NT: ☒ ano ☐ ne

☐ diabetik: defekt nohou ☐ ano ☒ ne

Vypražňování

Problémy s močením: ☐ ano ☒ ne

☐ pálení ☐ řezání

☐ retence ☐ inkontinence

moč, katetr zaveden dne: _____

Problémy se stolicí: ☐ ano ☒ ne

☐ pravidelná ☐ nepravidelná 2-3x denně

☐ zácpa ☐ průjem ☐ stomie

☐ inkontinence

Kůže

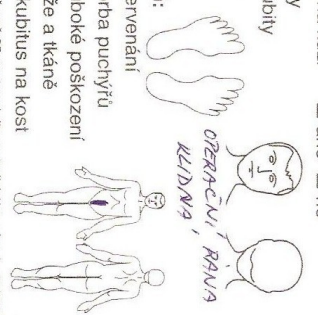
změny na kůži: ☐ ano ☐ ne

☐ otoky

☐ dekubity

☒ jiné

Stupně:



1. zčervenání

2. tvorba puchýřů

3. hluboké poškození kůže a tkáně

4. dekubitus na kost

skóre měně než 25 postupuj. die metodického návodu 10/2004

Rizika

riziko pádi skóre: 1 BOD

riziko dekubitů N skóre: 30 BODU

riziko ICHS

riziko SDN

Schopnost edukace

nemocný ☒ ano ☐ ne

rodina ☒ ano ☐ ne

Potřeba edukace

☒ ano ☐ ne stravovací návyky

téma/viz edukační záznam/ LEČBA

Potřeba duchovních služeb:

☐ ano ☒ ne

Plánování propuštění

☐ není schopen vykonávat aktivity

☐ denního života a sebepečí

☐ onemocnění s dlouhodobými následky

☐ není orientován (čas, místo, osoba)

☐ problémy s medicací

☐ vyžaduje následnou rehabilitaci

☐ bydlí sám

☒ je v péči MANŽELKY

Kontakt se sociálním pracovníkem

☐ ano ☒ ne

Podpis

Yakovleva

a razítko sestry:

Datum: 5. 12. 2009 Čas: 8⁴⁵

Podpis

a razítko lékaře:

ÚVN

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE PRAHA

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Dotaz	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Možná	Inkontinence	Součet
úplná	4	<10	4	4	4	4	4	4	4	4
částečně	3	<30	3	3	3	3	3	3	3	3
omezená	2	<60	2	2	2	2	2	2	2	2
velmi omezená	1	<80	1	1	1	1	1	1	1	1
Základ	1									

Barthelův test základních všedních činností

příjem potravy a tekutin	10	5	0
oblékání	10	5	0
koupání	5	0	0
osobní hygiena	5	0	0
kontinence moči	10	5	0
kontinence stolice	10	5	0
použití WC	10	5	0
přesun na lůžko – židli	15	10	5
chůze po rovině	15	10	5
chůze po schodech	10	5	0

CELKEM

Postupují dle metodického návodu č. 8/2003

Skóre:

0 – 60 informují lékaře a kontaktují fyzioterapeuta

60 – 100 postupují dle RO - standard 34 - 35 - 36 - 37

100

Posouzení aktuálního psychického stavu

A. orientace	1	0	B. emoce	1	0	C. chování	1	0
jméno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	plachost	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	agrese	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
věk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	úzkost(napětí, tensní)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	opozice	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
datum dnešního dne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	smutek (pesimismus, deprese)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nespolupráce	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kde je (místo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hyperaktivita (zrychlený)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	zpomalení/ utlum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kolik je hodin (asi)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uzavřenost (nesdílný)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	apatie/nezájem	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
počet od 10 – 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
na výzvu zavřít/otevřít oči	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Skóre 3 a méně informují lékaře a postupují dle metodického pokynu č. 7/2003			Skóre 3 a více informují ošetřujícího lékaře			Skóre 3 a více informují ošetřujícího lékaře		

HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU

BMI	0 bodů	1 bod	2 body	Hodnocení
pacient mladší než 70 let	< 20,5	18,5 - 20,5	< 18,5	
pacient starší než 70 let	> 22	20 - 22	< 20	
Nechtěné zhubnutí v posledních 3-6 měsících a dále hubne	< 5 kg	5 – 10 kg	> 10 kg	
Celkový příjem stravy za den (zlomkem obvyklého množství)	> 3/4	> 1/4 - 3/4	0 – 1/4	

Součet bodů = celkové skóre nutričního stavu / Skóre 2 body a více: kontaktují nutričního terapeuta ☐ Ano ☐ Ne

Zjištění rizika pádu

Aktivita	Skóre	Smyslové poruchy	Žádné	Skóre
Pohyb	0			0
Neomezený	1			1
Používá pomůcku	1			1
Potřebuje pomoc k pohybu	1			1
Neschopen přenosu	1			1
Nevyžaduje pomoc	0			0
V anamnéze nykturie/inkontinence	1			1
Vyžaduje pomoc	1			1
Neužívá rizikové léky	0			0
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1			1
Medikace	1			1
Pád v anamnéze				
Celkové skóre				
Skóre vyšší než 3, postupují dle oš. standardu č. 17.				1